

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

RECHERCHES SUR L'ÉPITHÉLIUM SENSORIEL DE L'ORGANE AUDITIF

Par MM. **COYNE**, professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux
et **CANNIEU**, préparateur du cours d'anatomie pathologique

Quand on étudie d'une façon spéciale l'épithélium qui recouvre les différentes parties de l'oreille interne, on remarque bientôt qu'au niveau des points où viennent se terminer les nerfs spéciaux, apparaissent des renflements de nature épithéliale, signalés par les anatomistes sous des noms particuliers et différents les uns des autres. C'est ainsi par exemple que ces renflements épithéliaux prennent le nom de taches acoustiques, dans le saccule et l'utricule, de crêtes acoustiques dans les ampoules des canaux demi-circulaires, et d'organe de Corti ou de papille spirale dans le limaçon.

Nos recherches nous ont permis de faire un certain nombre d'observations intéressantes que nous résumons dans la note suivante.

Nous diviserons cette étude en deux paragraphes distincts. Dans le premier nous nous occuperons des taches et des crêtes acoustiques dont la structure épithéliale est identique. La seconde partie de ce travail sera consacrée à la description des particularités intéressantes sur l'organe de Corti.

§ I

Taches et crêtes acoustiques.

L'épithélium de ces formations a la même constitution, non seulement chez des individus différents, mais encore chez des

espèces diverses. Toutefois dans le cours de nos recherches, nous avons pu nous rendre compte que les différentes espèces examinées (rat, souris, cobaye, lapin, chien, chat, hommes) présentent dans la structure de ces organes deux types bien tranchés. L'un est caractérisé par la présence de quatre rangées de cellules superposées (carnassiers, hommes); l'autre que nous étudierons le premier n'en possède que trois.

1^{er} TYPE. — Rongeurs. — Chez la souris, le rat, le cobaye et le lapin, les trois rangées de cellules apparaissent facilement et on est tenté tout d'abord d'accorder à ces taches et à ces crêtes acoustiques la structure que leur donnent encore maintenant les ouvrages classiques.

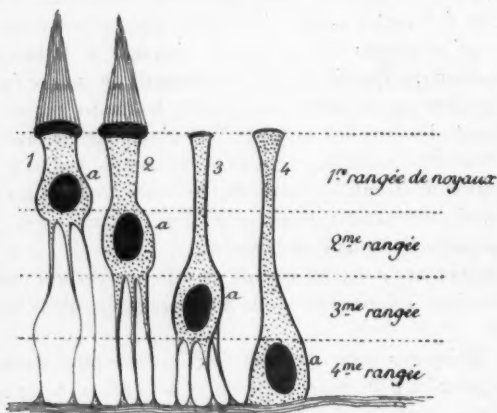


Fig. 1

Schéma des taches et crêtes des carnassiers et de l'homme.

1. — Cellules ciliées à col court.
2. — Cellules ciliées à col long.
3. — Cellules de soutien (un rang de noyaux).
4. — Cellules de soutien (dernier rang de noyaux).

En résumé ce sont des cellules cylindriques dont les renflements protoplasmiques ou ventres se trouvent à des niveaux différents.

Généralement on considère, en effet, à ces organes deux couches principales, distinctes l'une de l'autre par la forme de leurs cellules.

La couche la plus superficielle est constituée par des cellules ciliées (cellules en brosse). Au dessous de cette première couche on en rencontre une autre constituée par une ou plusieurs rangées de cellules nucléaires, indifférentes, lâchement unies entre elles. Ces cellules qu'Ebner appelle les cellules de la membrane basale ou bien encore les cellules basales, sont arrondies, pressées les unes contre les autres. Elles forment une couche s'étendant des cellules pourvues de cils vibratiles à la membrane limitante.

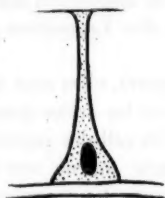


Fig. 2

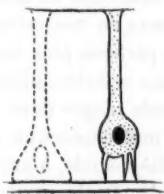


Fig. 3

1^{re} rangée de noyaux, membrane basale. 1^{re} rangée de noyaux. 2^e rangée de noyaux.

D'après nos recherches, ces cellules seraient disposées sur deux couches et paraîtraient tout d'abord constituer deux assises superposées. Une observation plus attentive permet facilement de voir, sur des coupes traitées par l'hématoxyline cuivreuse et par le nitrate d'argent, que cet aspect résulte d'une fausse stratification; que chacune de ces cellules prend naissance sur la membrane basale et va se terminer par un mince filament protoplasmique au niveau de la surface libre de l'épithélium entre les cellules ciliées de l'organe acoustique. Ces cellules ont en effet même origine et même terminaison et si elles paraissent stratifiées, cela est dû aux particularités qu'elles présentent dans leurs formes.

Les cellules qui forment ce que les auteurs anciens appelaient la couche inférieure des cellules basales (voir fig. 2), sont en effet, en contact avec le *basement membrane* par une extrémité renflée à protoplasma granuleux, contenant un noyau volumineux. De cette large base protoplasmique part un prolongement supérieur allant se terminer à la surface de l'épithélium par un léger évaseement.

Les éléments qui forment la couche supérieure présentent aussi un renflement protoplasmique, avec un noyau volumineux. Mais ici le ventre de la cellule n'est plus en contact avec la membrane basale, il est situé au dessus du renflement protoplasmique des cellules précédentes. De la partie supérieure s'en échappe également un prolongement qui prend fin à la surface de l'organe, et de sa partie inférieure on voit sortir plusieurs prolongements qui s'insinuent entre le ventre des cellules inférieures pour rejoindre la membrane basale. C'est à la différence du niveau dans la disposition des ventres et des noyaux de ces cellules qu'est due l'apparence stratifiée dont nous parlions plus haut.

Quant aux cellules ciliées des rongeurs, elles sont disposées sur une seule rangée dans les taches et les crêtes acoustiques. Elles sont mal décrites en général. Ces cellules présentent un ventre renflé, ovoïde, à grosse extrémité tourné vers la membrane basale. De la partie supérieure part un prolongement qui devient de plus en plus mince jusqu'au niveau de la moitié de sa longueur, puis il augmente de plus en plus de volume et finit en se coiffant d'une sorte de bourrelet arrondi, réfringent, surmonté lui-même d'une foule de cils vibratiles. Du ventre de la cellule s'échappent des prolongements protoplasmiques inférieurs; prolongements grêles peu nombreux (3 à 4) qui s'insinuent entre les cellules de soutien sous-jacentes et vont se terminer sur la membrane basale elle-même. Un gros noyau occupe le ventre de la cellule.

Ces cellules ciliées ont donc ici même origine et même terminaison: elles prennent naissance par de minces prolongements sur la membrane basale pour finir au niveau de la surface du bourrelet épithélial.

2^{me} TYPE. — *Carnassiers. Homme.* — Dans le second groupe se rangent les carnassiers et l'homme. Leurs cellules épithéliales ne diffèrent des précédentes qu'en ce qu'elles paraissent disposées sur deux rangées, l'une supérieure, l'autre inférieure.

Dans ces formations, en effet, la première rangée de cellules garnies de cils possède des éléments en tout semblables à ceux que nous avons décrits chez les rongeurs (cellules ciliées à col court). Quant aux cellules qui sont situées au-dessous de la

première couche, elles reproduisent le même type comme forme et ne diffèrent de celles de la couche supérieure que par un col plus allongé (cellules à col long). Nous retrouvons dans ces éléments un renflement ventral correspondant à un noyau volumineux, un prolongement supérieur allant en diminuant de plus en plus jusque vers son milieu pour aug-

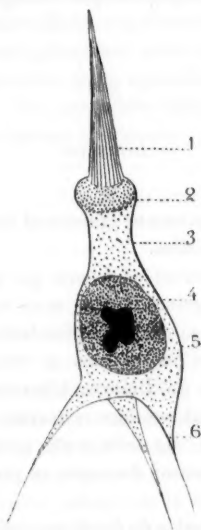


Fig. 4

Cellule citée à col court du chat, (Dessinée à la chambre claire. Leitz, obj. 1 ocul., 7).

1. — Cils vibratiles.
2. — Chapeau superficiel de la cellule.
3. — Col de la cellule.
4. — Noyau et nucléole.
5. — Renflement protoplasmique correspondant aux noyaux.
6. — Prolongements inférieurs reliant la cellule à la membrane basale.

menter insensiblement de volume jusqu'à sa terminaison. Là le prolongement paraît également coiffé par une sorte de bourrelet, garni de cils. De la partie inférieure du renflement

s'échappent deux ou trois prolongements grêles ; prolongements qui s'insinuent entre les cellules de soutien sous-jacentes pour aller se fixer sur la membrane basale.

L'apparence de stratification est due encore ici à ce que les renflements ventraux de ces secondes cellules se disposent au-dessous de celui des premières.

Quant aux cellules de soutien sous-jacentes elles présentent la même forme et la même disposition que chez les rongeurs.

§ II

Limaçon.

L'organe de Corti présente également des cellules de soutien et des cellules sensorielles.

Les premières prennent naissance par un corps assez volumineux sur la membrane spirale et se terminent par un col allongé au niveau de la surface épithéliale. Ce sont les dispositions que présentent les cellules de soutien les cellules du sommet et les cellules de Deiters. Chez ces dernières, cependant, le prolongement semble continuer la face externe et non pas l'axe central, de telle sorte que leur partie interne semble déprimée au-dessus du noyau et présente vue de champ l'aspect d'un siège.

Les cellules sensorielles de Corti ou celles du sommet nous offrent à observer des dispositions diverses. Ici, c'est le corps volumineux qui est supérieur, tandis que la portion effilée est inférieure. La partie volumineuse est garnie d'un noyau assez gros ; elle est adhérente au bord supérieur de la membrane de Corti et est garni de cils vibratiles. Le prolongement inférieur assez grêle n'est pas situé dans l'axe de la cellule pour les éléments de Corti. Ici il semblerait continuer la face interne de la cellule et présenter par conséquent une sorte d'encoche qui lui donne l'aspect d'un siège renversé. Quand on examine les cellules de Deiters (cellules de soutien) et les cellules de Corti en place, on voit que le renflement de l'une

correspond à la partie grêle de l'autre et réciproquement. Dans les formations nous trouvons donc également deux sortes de cellules, ayant toutes même origine et même terminaison. Si on s'en tient à un examen superficiel on croirait ici encore avoir affaire à un épithélium stratifié composé de deux couches de cellules.

En résumé, qu'il y ait 2, 3 ou 4 couches de cellules, elles ont toutes même hauteur, même origine et même terminaison. Aussi peut-on considérer ces divers épithéliums sensoriels comme dérivant d'un épithélium primitif cylindrique simple, qui prendrait l'apparence d'un épithélium cylindrique stratifié pour constituer les bourrelets épithéliaux sensoriels où se rendent les terminaisons nerveuses.



Fig. 5

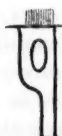


Fig. 6



Fig. 7

Pour former ces bourrelets, en effet, les cellules se tassent, se rapprochent les unes des autres en certains points. Leurs extrémités s'effilent tandis que leur renflement ventral, correspondant au noyau, se dispose à des niveaux différents, dans l'épaisseur du bourrelet sensoriel. Il n'y aurait donc qu'une fausse apparence de stratification, car toutes les cellules touchent la membrane basale et atteignent la surface épithéliale. Cette apparence est due à ce que les noyaux et les renflements protoplasmiques correspondants (qui forment la partie la plus apparente des cellules, seule vue par les premiers observateurs), se sont disposés dans le but d'occuper le moins de place possible, de se tasser le plus possible pour constituer un support homogène, dont les éléments bien liés servent de coussinet aux fibrilles nerveuses. Nous avons donc affaire ici à un épithélium cylindrique simple, dont les cellules se sont adaptées dans leur forme et leur situation, en vue de remplir un rôle physiologique spécial.

Bien plus, dans l'examen des différentes parties de l'oreille, on peut trouver toutes les formes de passage entre cet épithélium si complexe des taches et des crêtes acoustiques, des carnassiers et des rongeurs, et l'épithélium aplati, pavimenteux, qui tapisse les sacs auditifs. Si l'on observe les parois des canaux semi-circulaires, on voit en effet qu'ils sont formés par un endothélium pavimenteux ; à mesure qu'on s'approche des crêtes, cet épithélium se transforme insensiblement au niveau de ces organes spéciaux, qu'on appelle les *planum semiluna* ; il devient cubique, puis cylindrique. Les cellules cylindriques du planum augmentent peu à peu de volume et passent insensiblement à leur tour à l'épithélium des crêtes acoustiques.

L'oreille présente donc à nos observations le passage insensible de l'épithélium pavimenteux à l'épithélium cylindrique simple, et de ce dernier à l'épithélium offrant une fausse apparence de stratification. Parmi ces épithéliums stratifiés, nous trouvons même tous les degrés de complexité. C'est ainsi que l'organe de Corti nous offre un épithélium formé (en apparence) de deux couches de cellules, que les crêtes et les taches acoustiques des rongeurs nous en présentent *trois*, et que les carnassiers et l'homme en possèdent *quatre*.

Bien plus, les faits nous ont suggéré l'idée qu'il se pourrait que tous les épithéliums cylindriques dits stratifiés, que l'on rencontre ailleurs, fussent semblables à ceux de l'oreille, qui ne diffèrent de l'épithélium cylindrique simple, qu'en ce que leur noyau et leur renflement protoplasmique correspondant, ne sont pas disposés sur un même plan. Nous avons pensé enfin que cette stratification n'était qu'apparente, et que le terme d'« *épithélium cylindrique stratifié* » devait être rayé de la nomenclature, ou tout au moins changer de sens et indiquer tout au plus une *fausse stratification*.

Sous l'influence de ces idées, nous avons entrepris des recherches nouvelles. L'épithélium stratifié cylindrique de la trachée, a fait l'objet de quelques observations, qui nous permettent, quelque peu nombreuses qu'elles soient, d'affirmer que cet épithélium nous a paru présenter tous les caractères de ceux de l'oreille. Toutefois les données, avant d'être généralisées,

demandent encore de nouvelles recherches, tant sur ce dernier point (épithélium de la trachée du chien), que sur d'autres organes revêtus de formations identiques. Ces observations seront d'ailleurs publiées ultérieurement.

Quoiqu'il en soit, de nos observations sur l'épithélium sensoriel de l'oreille, nous pouvons en tirer les conclusions suivantes :

1° L'épithélium sensoriel de l'oreille est constitué par deux espèces de cellules : les cellules ciliées sensorielles et les cellules de soutien.

2° Les cellules de soutien ont leur noyau disposé sur deux rangs, et cette disposition donne une fausse apparence de stratification. Cette disposition est constante chez toutes les espèces que nous avons observées.

3° Les cellules ciliées des taches et des crêtes, sont de deux sortes : les cellules à col long et les cellules à col court. Ces cellules ont la même forme, et ne diffèrent entre elles que par la longueur de leur partie supérieure (le col).

Les cellules à col court se rencontrent chez les rongeurs, à l'exclusion des autres cellules ciliées, qu'on retrouve chez les carnassiers et chez l'homme. Chez ces derniers groupes, la première couche de noyaux appartient aux cellules à court prolongement supérieur, et la seconde aux cellules à col long.

4° Les cellules de la papille spirale sont de forme identique chez tous les animaux sus-mentionnés.

5° La stratification qu'on observe dans ces différents épithéliums n'est qu'apparente. Elle est due à ce que les noyaux se disposent à des hauteurs différentes, dans le bourrelet épithélial. Toutes ces cellules partent de la membrane basale et se terminent au niveau de la surface libre de l'épithélium. Nous avons donc affaire ici à un épithélium cylindrique simple, dont les cellules se sont différenciées, en vue de remplir un rôle physiologique spécial.

6. Il se peut que les épithéliums dits stratifiés qu'on rencontre dans les autres organes soient semblables à ceux de l'oreille, et qu'ils ne présentent qu'une fausse stratification.

RECHERCHES SUR LA MEMBRANE DE CORTI

Par MM. **COYNE**, professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux.
et M. **CANNIEU**, préparateur du cours d'anatomie pathologique.

Nous venons de publier récemment, soit dans les comptes rendus de l'Académie des Sciences, soit dans les bulletins de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux, plusieurs notes sur des particularités anatomiques intéressantes, relatives à l'étendue, à la situation et à la structure de la membrane de Corti. En effet, les recherches que nous avons entreprises à ce sujet nous ont conduit à des résultats nouveaux, pour la plupart des faits que nous signalons dans ce travail ; ou viennent pour quelques-uns, soit corroborer, soit compléter les conclusions de travaux déjà anciens dus à l'un de nous et consignés par lui dans l'article OREILLE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Nous résumons dans ce court exposé, l'ensemble des faits nouveaux établis par nos préparations et les faits anciennement connus et confirmés par ces recherches nouvelles.

Le premier point qui a attiré notre attention est relatif à l'insertion externe de la membrane de Corti. Nous n'admettons pas l'opinion de Löwenberg qui fait insérer l'extrémité externe de la *tectoria* à un bourrelet dépendant du ligament spiral. Nous repoussons également celle qui a cours générale-

ment, encore enseignée le plus habituellement dans les ouvrages classiques et d'après laquelle, la membrane de Corti se terminerait au-dessus de l'épithélium sensoriel constituant l'organe de Corti par une extrémité externe libre et plus ou moins arrondie. Pour nous, et nous l'avons constaté souvent sur de nombreuses préparations, la membrane de Corti présente à ses deux extrémités des insertions caractéristiques et faciles à déterminer sur des coupes verticales passant par l'axe du limaçon. On voit sur des coupes de ce genre que l'extrémité interne de cette membrane s'insère sur la protubérance de Huschke : cette insertion commence au niveau du point d'origine de la membrane de Reissner, où elle apparaît d'abord sous forme d'une couche à peine visible, mais augmentant progressivement d'épaisseur jusqu'au niveau du point où elle devient libre et où elle recouvre l'espace libre du sillon spiral. Cette insertion interne s'effectue, ainsi que nous venons de l'expliquer, sur une surface assez considérable et correspond à toute la partie interne de la membrane de Corti. Ce fait, d'ailleurs, avait été déjà signalé par Löwenberg. Mais en ce qui concerne l'insertion externe, comme nous l'avons dit précédemment, nous en donnons une description tout à fait nouvelle et entièrement différente de celle qui est due soit à Löwenberg, soit aux auteurs classiques. Déjà, depuis longtemps, dans l'article OREILLE du *Dictionnaire encyclopédique*, l'un de nous, M. le professeur Coyne, avait fait remarquer que l'extrémité interne de la membrana tectoria adhérait à la surface supérieure de l'organe de Corti. Les recherches nouvelles que nous avons entreprises pour résoudre ce point particulier, nous permettent de confirmer cette description, de la compléter et de fixer d'une façon plus précise les limites de l'insertion externe de la tectoria.

La membrane de Corti, en effet, après avoir recouvert le *sulcus spiralis internus*, s'accôle, chez le chat, aux cellules en éventail de Waldeyer, puis aux cellules du sommet. Elle s'applique ensuite à la surface supérieure des piliers internes et externes de Corti et continue en allant vers l'extérieur en s'unissant aux cellules de Corti et de Deiters pour se terminer au niveau des premières rangées des cellules de Claudius.

La membrane de Corti présente sa plus grande épaisseur au niveau des cellules en éventail de Waldeyer ; elle commence à devenir un peu plus mince au niveau des piliers pour se terminer, en diminuant de plus en plus, par une couche claire, transparente, présentant en un mot, l'aspect qu'on observe à la base de la membrane de Reissner, à son extrémité interne.

En résumé, pour nous, la membrane de Corti possède deux insertions fixes. L'une, sur la protubérance de Huschke et l'autre, sur l'organe de Corti lui-même et sur les cellules de Claudius.

L'extrémité externe de la membrane de Corti n'est donc pas libre. En effet toutes les fois que nous avons observé cette disposition, nous avons vu que les cellules de Claudius ou de Corti n'étaient plus à leur place habituelle. Quelquefois ces cellules restaient attachées à l'extrémité libre de la *tectoria*, qu'elles avaient suivies dans son ascension, après avoir été arrachées de l'endroit qu'elles occupent normalement. Dans d'autres circonstances, une observation attentive nous a permis de nous rendre compte qu'une portion (la plus externe) de la membrane de Corti restait adhérente à l'épithélium sensitif, tandis que la majeure partie de cette membrane, qui semblait se terminer par une extrémité libre, présentait des festons, des irrégularités correspondant à celles qu'on voyait sur la partie adhérente.

Aussi, du rapprochement de ces divers faits, nous avons cru pouvoir conclure que si la membrane de Corti paraît parfois libre à son extrémité externe, elle ne l'est devenue que par suite de ruptures déterminées par les diverses manipulations auxquelles sont soumises les coupes microscopiques.

La structure de cette membrane avait été peu étudiée jusqu'ici. Elle présente une structure spéciale des plus intéressantes.

Vue par sa face supérieure, on observe un grand nombre de stries qui parcourent sa substance. Ces stries, très rapprochées au niveau de l'insertion interne de la membrane, rayonnent vers l'extérieur à la façon d'un éventail, en s'éloignant les unes des autres. Au niveau de son insertion externe, on voit une sorte de réseau déjà décrit par M. Coyne.

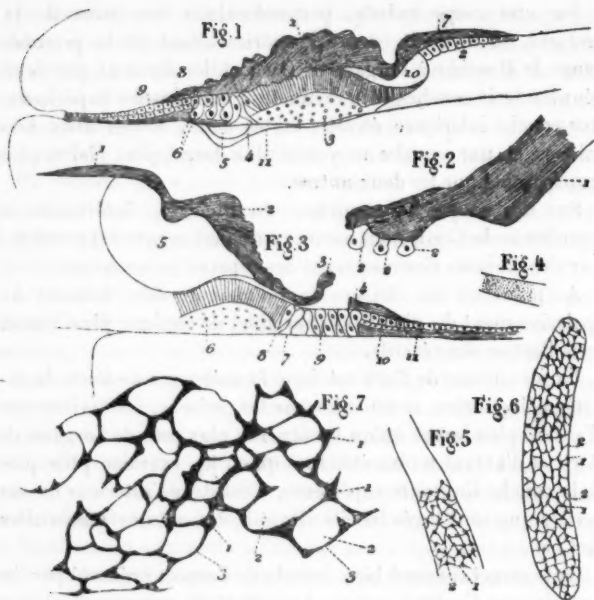
Sur une coupe radiale, perpendiculaire aux faces de la *tectoria*, on aperçoit encore les stries allant de la protubérance de Huschke à l'organe de Corti. Elles forment par leur réunion trois couches bien distinctes ; une couche supérieure, une couche inférieure, étroites toutes deux, toutes deux très minces et une couche moyenne plus large, plus claire, plus transparente que les deux autres.

Sur des coupes tangentielles du limaçon, intéressant la membrane de Corti, nous avons vu que cet organe est constitué par des cloisons circonscrivant des espaces polygonaux.

Au point où les cloisons se réunissent, elles forment un épaississement de dimension variable, de couleur plus foncée sous l'action des réactifs.

La membrane de Corti est donc formée par une foule de cavités polygonales, constituées par les cloisons, les cavités sont d'autant plus larges qu'on les observe plus près de l'organe de Corti et d'autant moins étendues qu'on les examine plus près de la couche limitante supérieure. C'est dans l'intérieur de ces cavités que sont logés les cils vibratils des cellules sensorielles de Corti.

Cette structure rend bien compte de l'aspect présenté par la *tectoria* sur d'autres coupes. Les fibrilles correspondent aux lignes de réunion des cloisons, et la substance claire, transparente qui les réunit à ces cloisons elles-mêmes. Tels sont, résumés le plus succinctement possible, les faits anatomiques qui résultent de nos recherches et que nous avons exposées dans plusieurs circonstances, devant la Société d'Anatomie, à l'aide de nombreuses préparations qui ont paru absolument probantes à tous ceux qui les ont examinées. On voit, par ce rapide exposé, que nos recherches éclairent, d'un jour tout nouveau, l'anatomie et l'histologie de la membrane de Corti.



EXPLICATIONS DES FIGURES

Fig. 1. — Représente l'organe de Corti en entier du chat.

1) Membrane de Corti, prenant son insertion interne sur la protubérance de Heschke (7), et son insertion interne par une extrémité mince allongée (8), au niveau des cellules externes de Claudius (9).

Cette membrane peut être divisée en hauteur en trois couches. Une couche bordante supérieure et une couche bordante inférieure représentée par les deux traits noirs limitant en haut ou en bas la membrane. La couche moyenne est constituée par la plus grande épaisseur de la membrane, celle qui est striée. — 2) Protubérance de Heschke. — 3) Cellules internes de Waldeyer. — 4) Piliers de l'organe de Corti. — 5) Vaisseaux spiral. — 6) Cellules sensorielles de Corti et de soutien de Deiters. — 7) Insertion interne de la membrane de Corti. — 8) Insertion externe de cette même membrane. — 9) Cellules de Claudius. — 10) Sillon spiral interne. — 11) Membrane basilaire.

Fig. 11. — Membrane de Corti vue par sa face supérieure.

Dans cette préparation où la membrane est soulevée au-dessus de l'organe de Corti, comme l'admettent les traités classiques, on voit un certain nombre de cellules (2) de Claudius ayant suivi la membrane dans son ascension. Ce fait, qui a été observé chez l'homme, indique que cette membrane normalement devait être adhérente à ces cellules de Claudius.

Fig. III. — *Organe de Corti dans lequel la membrane est soulevée au-dessus des cellules sensorielles. (chat).*

1) Insertion interne de la membrane de Corti. — 2) Membrane de Corti. — 3) Partie externe de la membrane de Corti soulevée au-dessus des cellules sensorielles; la surface de section externe de cette membrane indique bien que cette partie relevée a été arrachée par les manifestations. — 4) Portion externe de la membrane de Corti adhérente aux cellules de Claudius. Cette portion de membrane est restée à sa place lors de l'arrachement et du soulèvement de la portion (3). — 5) Sillon spiral. — 6) Cellules de Waldeyer. — 7) Piliers de Corti. — 8) Cellule du sommet. — 9) Cellules de Corti et de Deiters. — 10) Cellules externes de Claudius. — 11) Membrane basilaire.

Fig. IV. — *Coupe perpendiculaire à la face supérieure de la membrane de Corti du rat blanc, faite au niveau de la protubérance de Huschke.*

Les stries coupées transversalement apparaissent ici comme des petits points très rapprochés les uns des autres.

Fig. V. — *Coupe perpendiculaire à la face supérieure de la membrane de Corti du rat blanc, au niveau de la partie interne du sillon spiral.*

Dans cette figure, les points représentant la coupe transversale des stries qui parcourent radialement la membrane de Corti se sont éloignés les uns des autres (1) et sont reliés les uns avec les autres par de minces travées (2) circonscrivant des cavités polygonales pour la plupart.

Fig. VI. — *Coupe de la membrane de Corti du même animal faite un peu au-dessus des cellules sensorielles de Corti, perpendiculairement à la direction des stries, qui parcourent cette membrane.*

On voit qu'ici les cavités polygonales sont beaucoup plus grandes que dans la coupe précédente. Ces cavités sont toujours formées par de minces trabécules d'une substance amorphe (2) formant des épaississements nodaux (1) à leur angle de réunion.

Fig. VII. — *Une portion de la préparation précédente vue à un très fort grossissement et dessinée à la chambre claire.*

Cette figure montre bien l'aspect des points nodaux (1), des cavités (2) et des cloisons (3) qui les circonscrivent. Ces cavités répondent à la surface épithéliale des cellules de Corti, dont elles reçoivent les cils à leur intérieur et qu'elles recouvrent comme d'un capuchon, allant en diminuant au fur et à mesure qu'on s'éloigne de l'épithélium sensoriel. La substance fondamentale claire vue sur une coupe radiale de la membrane est constituée par la substance des cloisons et les stries obliques que l'on aperçoit sur la fig. I sont formées par les épanouissements nodaux (1) dont la fig. VII représente la coupe transversale et la fig. I l'aspect général de ces épanouissements, vus latéralement.

III

LA DIPHTHÉRIE AU PAVILLON D'ISOLEMENT DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE ET SON TRAITEMENT PAR LE SÉRUM DE ROUX

Par le Dr **A. GOUGUENHEIM** médecin de l'hôpital Lariboisière.

I

Chargé, après le départ du professeur Raymond, du traitement de la diphthérie à l'hôpital Lariboisière, je pris possession de ce service au commencement de l'année 1894 et jusqu'à l'époque de l'application du nouveau traitement j'employai les méthodes anciennes. J'apporte ici une statistique comparée de l'ancien et du nouveau traitement, et je m'efforcerai, dans cette étude de présenter quelques points intéressants que m'a permis d'aborder l'étude bactériologique soigneuse d'un certain nombre de malades, chez lesquels, faute d'une instrumentation suffisante, je ne pouvais pas auparavant faire cet examen indispensable.

Le pavillon d'isolement de l'hôpital Lariboisière, situé au fond d'une cour et à gauche de l'entrée de l'hôpital, est composé d'une série de chambres, au nombre de 6, susceptibles, dans des moments d'encombrement, de recevoir 15 à 20 malades. La division de ce service en chambres isolées permettait d'éloigner les malades atteints de broncho-pneumonie de ceux qui n'étaient pas atteints de cette redoutable complication et de ne pas les exposer, par conséquent, à ce dangereux voisinage. Ce pavillon comprenait de plus une chambre servant de laboratoire, et renfermant, outre l'étuve de Roux et un microscope,

une armoire contenant les divers instruments de traitement.

Ce pavillon d'isolement est construit suivant le système Tollet, et le plafond des chambres, arrondi, est dépourvu d'angles dans les coins. Le lavage et la désinfection de ces pièces sont très faciles à effectuer.

II

A mon retour de voyage en octobre dernier, je pris connaissance du savant rapport du D^r Roux, lu au Congrès de Buda-Pesth et j'entrepris aussitôt le traitement par la nouvelle méthode. Je m'adressai à l'Institut Pasteur et un des collaborateurs du D^r Roux, qui signa avec lui son rapport, M. Chaillou, préparateur de l'Institut, se mit très obligeamment à ma disposition pour apprendre aux élèves du service à faire l'examen bactériologique des malades : l'Institut nous donna des tubes de culture et le sérum en quantité toujours suffisante pour faire le traitement. Grâce au zèle d'une surveillante très dévouée, Mademoiselle Lalvey, l'ensemencement de nos tubes fut toujours pratiqué avec le plus grand soin, et l'inoculation des malades faite en temps voulu. Les plaques furent examinées très exactement par M. Chaillou et sous sa direction par un externe du service, M. Lourdin, et l'interne en pharmacie, M. Messager. Ce sont les observations recueillies soigneusement par M. Lourdin, qui nous ont permis de rédiger ce travail.

III

La population diphthérique de notre pavillon se composait d'enfants en bas âge, au sein, et au-dessous de 2 ans, accompagnés de leurs mères ou de leurs nourrices et d'adultes, hommes et femmes.

Voici, pour la comparaison, la statistique des cas avant et après l'application du sérum.

Avant l'emploi de la sérothérapie, sur 135 adultes nous avions eu 14 décès, c'est-à-dire 10,37 p. 100.

Sur 40 enfants, nous avons eu 23 morts, c'est-à-dire 57,5 p. 100.

Depuis l'usage du serum, nous avons eu 2 décès chez 52 adultes c'est-à-dire une mortalité de 3,84. Et sur 48 enfants, 9 morts, c'est-à-dire une mortalité de 18,75.

Depuis le moment où j'ai réuni ces observations, j'en ai recueilli vingt-cinq nouvelles, mais chez des adultes seulement, car, depuis un mois, les enfants ne figurent plus parmi nos malades, ils ont été transférés dans le service de notre collègue, le D^r Chantemesse, mais la statistique que je viens de présenter n'a pas été modifiée par l'adjonction de nouveaux cas. Sur ces 25 malades nous avons eu un décès, et comme dans notre première statistique nous avons eu deux décès sur 52 malades on voit que la proportion n'a pas varié, et qu'elle s'est même bien maintenue. Je n'ai pas besoin de rappeler qu'avant l'application de la sérothérapie le traitement consistait à faire au début des frictions, par la méthode de Gaucher, et plus tard des lavages très fréquents à l'eau boriquée ou au perchlorure de fer fortement dilué, combinés avec l'emploi topique de bichlorure à dose très minime et quelquefois, dans des cas particulièrement graves, avec l'injection interstitielle de bichlorure à 1 ou 2 pour 1000 dans le tissu des amygdales et celui du voile du palais. Les fosses nasales ont toujours été irriguées abondamment avec l'eau boriquée saturée, chaude ou tiède. Après l'application de la nouvelle méthode, nous avons pratiqué simplement des lavages des parties malades, des fosses nasales et de la cavité rhino-pharyngienne avec l'eau boriquée chaude saturée. Quand la trachéotomie avait dû être faite, nous adjoignons au traitement susindiqué des pulvérisations dans la trachée avec la vapeur d'eau contenant soit des bourgeons de sapin, soit de la teinture de benjoin, soit du thymol.

IV

Avant de passer à l'examen de nos cas, nous ferons observer qu'à ces deux âges extrêmes de la vie la diphtérie a été

presque toujours instantanément modifiée par l'action du sérum. Les associations microbiennes ont eu aussi, chez tous nos malades, une fréquence extraordinaire.

V

ÉTUDE DÉTAILLÉE DES OBSERVATIONS. — ENFANTS.

Chez 12 enfants l'on n'a pas constaté, malgré les apparences diphtériques, le bacille de la diphtérie; il n'existait que des streptocoques; un seul de ces enfants est mort après trachéotomie.

Dans 10 cas nous avons trouvé de la diphtérie pure, 2 ont succombé, 8 ont guéri.

Dans ces derniers cas, les colonies sur les tubes ont été peu nombreuses, la fièvre n'a pas dépassé 39 degrés au début et elle est tombée très rapidement, mais le poulx, après ce retour à la température normale, est demeuré accéléré pendant quelque temps. Nous avons constaté, dans un cas, une éruption cutanée fort intense et des plus tenaces.

Dans les deux cas mortels, qui avaient présenté des éruptions cutanées, le décès est survenu vers le 20^e jour, par broncho-pneumonie chez l'un d'eux. Les autres lésions trouvées à l'autopsie ont été de la vascularisation des méninges et des plaques de Peyer congestionnées; le petit malade chez lequel on rencontra de la vascularisation de méninges eut, quelques jours avant sa mort, des accidents nerveux: convulsions et paralysie.

Nous avons trouvé 16 cas de diphtérie associée aux streptocoques: 15 ont guéri, 1 a succombé.

Ces cas ont guéri moins rapidement que les diphtéries pures. La température est restée élevée plus longtemps et les accidents intercurrents ont été assez nombreux.

Nous avons observé dans ces cas un *abcès sous-cutané*, une *broncho-pneumonie*, une *diarrhée verte* à l'entrée du malade, une fois de *l'agitation et du délire*, une fois des *vomisse-*

ments, 6 fois des éruptions ressemblant à des poussées eczémaieuses.

Chez le malade qui mourut, nous constatâmes au début des vomissements, de la diarrhée verte et une éruption, et à l'autopsie nous trouvâmes de la broncho-pneumonie, avec les mêmes lésions que dans la diphthérie pure.

Dans un cas nous rencontrâmes l'association du bacille de Löffler et du coli bacille, le malade guérit.

Chez 5 malades nous constatâmes de la diphthérie avec associations multiples : 3 guérirent, après avoir été gravement malades, 2 succombèrent, l'un par broncho-pneumonie, l'autre, à la suite de lésions syphilitiques, et une température de 38°, seulement, ce qui est tout à fait exceptionnel dans la diphthérie.

4 malades furent trachéotomisés.

2 guérirent.

2 succombèrent à des broncho-pneumonies antérieures à la trachéotomie.

VI

ADULTES

Sur 77 adultes, 42 n'avaient que des *streptocoques*, un seul mourut, après trachéotomie, un autre présentait une angine à aspect diphthéritique le plus marqué.

30 eurent de la diphthérie pure. Un cas de mort, (forme hypertoxique) dans cette série. Chez tous ces malades, sauf deux jeunes femmes, qui faillirent être trachéotomisées pour des troubles graves de la respiration, la maladie évolua simplement et sans accidents. Ils ne présentèrent pas d'éruption.

24 de ces malades ont reçu une simple dose de 20 c. cubes.

2 en reçurent 30 c. cubes en 2 doses.

4 en ont reçu 30 à 50 c. cubes en 3 doses ; et, parmi ceux-ci, le cas mortel qui reçut 40 c. cubes en un jour et 10, le lendemain.

2 de ces derniers cas étaient demeuré deux jours sans traitement à l'hôpital ; et l'un d'entre eux, une femme, avait présenté des lésions diphthéritiques d'emblée du larynx sans que le pharynx eut été intéressé, et chez elle la guérison fut très lente ; l'examen laryngoscopique avait démontrait l'existence de fausses membranes sur la muqueuse du larynx, puis plus tard une rougeur très prolongée et vive des cordes vocales avec une certaine paresse des mouvements de ces cordes. La malade avait eu aussi beaucoup de dysphagie.

33 adultes furent atteints de diphthérie associée aux streptocoques ; c'est dans cette catégorie que nous observâmes parfois des aspects d'amygdalite folliculaire ordinaire. *Un seul malade succomba.*

32 guérirent, mais les cas étaient plus graves généralement que les angines diphthéritiques pures, la température atteignit 40 degrés dans une dizaine de cas.

L'albuminurie était presque constante et elle persistait quelquefois assez longtemps ; je me rappelle l'avoir vue durer avant l'application de la nouvelle méthode, jusqu'à 2 et 3 mois.

Dans 2 cas, la scarlatine éclata. Un malade eut de la syphilis, et un autre des rhumatismes articulaires.

4 malades eurent des éruptions, mais moins prolongées que chez les enfants.

Deux fois des accidents laryngés graves disparurent à la suite de l'injection.

15 malades de cette seconde série avaient reçu une seule dose de 20 grammes, 8 en reçurent de 30 à 50 grammes en plusieurs fois.

Une femme qui succomba à une forme toxique avait reçu, dans une journée, plusieurs injections qui n'apportèrent aucune amélioration, même temporaire.

Dans un cas nous trouvâmes la diphthérie associée au coccus de Brissou, le malade guérit. Chez un autre sujet, nous rencontrâmes des associations multiples.

VII

DOSAGE DU SÉRUM

Au début de l'application de ce traitement j'avais injecté, chez les petits enfants comme chez l'adulte, une dose minima de 20 centimètres cubes par jour. Mais, chez les enfants en bas âge, j'ai dû modifier cette manière de faire. L'action détersive du sérum de la fausse membrane, qui se faisait sentir sur leur muqueuse de même que sur celle des adultes, était vraiment merveilleuse, mais, quelque temps après la guérison, la température dans certains cas remontait et nous avons assisté à des accidents tardifs que j'étudierai plus loin et qui nous obligèrent à diminuer la dose employée. Nous décidâmes d'accord avec M. Chaillou, d'injecter aux enfants que nous soignons autant de centimètres cubes que l'enfant avait de mois d'âge avec, bien entendu, un maximum de 20 grammes. Depuis, nous n'avons plus revu ces accidents, tout au moins avec leur intensité primitive. C'est surtout dans la forme laryngienne suffocante que les doses durent être employées plus fortement et même répétées, surtout si la trachéotomie n'avait pas été pratiquée, à condition que le parenchyme pulmonaire ne fut pas envahi, et même parfois, en dépit de cette complication, on put voir la guérison se produire avec la plus grande rapidité ; il m'a semblé que l'amélioration pouvait survenir et la guérison se montrer, malgré la complication broncho-pneumonique. Chez l'adulte, nous avons injecté une dose minima de 20 grammes qui a suffi, dans la majorité des cas ; quelquefois le maintien de la température ou l'imminence d'accidents graves du côté du larynx nous ont forcé à augmenter la dose et, suivant l'importance de ces indications, nous injections des doses quelquefois égales à la première, mais presque toujours moindres. Ainsi nous avons quelquefois employé 30 grammes le premier jour et même nous avons dû, le lendemain, employer 40 grammes ; dans deux cas nous avons usé 40 et jusqu'à 50 grammes dans la même journée ; dans un des cas, il s'agissait d'une forme hypertoxique et le malade succomba.

VIII

ACCIDENTS DU SÉRUM

Nous pensons que les accidents que nous avons observés, surtout au début du traitement, tenaient peut-être au terrain d'où provenait le sérum que nous avons reçu à cette époque, car depuis nous n'avons eu qu'exceptionnellement des complications. Parmi ces accidents, le plus fréquent a été l'apparition d'éruptions se montrant sur toute l'étendue du corps. Ces éruptions, légèrement suintantes et squameuses, avaient l'apparence d'eczéma aigu et coïncidaient généralement avec une température pouvant s'élever jusqu'à près de 40 degrés et les dépassant même parfois. Ces éruptions procédaient quelquefois par poussées successives, allongeant outre mesure la durée du séjour du petit malade à l'hôpital, et nous eûmes aussi le regret d'observer des troubles du tube digestif, vomissements et diarrhée surtout ; dans un cas nous avons vu apparaître des manifestations nerveuses particulièrement graves. Nous avons examiné les organes de quelques-uns des petits malades qui succombèrent, en très petit nombre du reste, et nous trouvâmes à l'autopsie soit des noyaux de broncho-pneumonie, soit des lésions des plaques de Peyer, soit, une fois, de l'hyperhémie cérébrale très marquée. Ces lésions, que nous ne rencontrâmes qu'exceptionnellement, ne se sont plus reproduites chez les autres enfants et si nous avons été témoin de fréquentes éruptions du moins les petits malades ne présentèrent plus d'autres complications. Les reins n'ont jamais été trouvés altérés à l'autopsie de nos petits malades.

Chez l'adulte, dans ces derniers temps, nous avons observé quelques accidents locaux tels que l'inflammation des piqûres, et de petits abcès ; mais cela a été tout à fait exceptionnel.

La majeure partie de nos malades adultes avaient de l'albumine à leur entrée dans le service, et jamais nous n'avons constaté que le traitement ait eu quelque influence sur l'apparition et la marche de ce symptôme. Cette complication, si commune au cours des maladies infectieuses, nous a paru durer

moins longtemps à la suite du traitement par le sérum qu'avant l'application de cette méthode.

IX

Les résultats thérapeutiques que je viens de faire connaître à la Société médicale des hôpitaux, conformes à ceux que nous ont communiqué plusieurs de nos collègues des hôpitaux d'enfants, me paraissent devoir combler une lacune des précédentes lectures, car je n'apporte ici que les résultats de l'emploi du sérum chez les enfants du premier âge et chez les adultes.

Les chiffres que nous avons énoncés ont une éloquence qui vous frappera bien certainement.

Chez nos petits enfants, nous avons été émerveillés de la rapidité avec laquelle se dissipaient les accidents laryngiens et nous avons surtout été impressionnés par la guérison très prompte des enfants trachéotomisés, surtout quand on songe que l'opération était chez ces petits êtres l'avant-coureur d'une mort certaine. Aussi peut-on mesurer l'étendue des bienfaits de la nouvelle méthode dans les cas très graves. Nous n'avons pu essayer l'intubation sur nos petits malades, car nous manquions des instruments nécessaires et, les eussions-nous eus que nous n'aurions osé l'entreprendre, car ce mode de traitement exige une grande habitude de ceux qui l'appliquent, ce qui n'est pas le cas de la plupart des internes de nos hôpitaux. Du reste, la bénignité des suites de la trachéotomie, nous a fait regretter moins de n'avoir pas employé l'intubation dont la supériorité réelle chez les enfants en bas âge n'a plus autant de raison d'être depuis les résultats merveilleux de la sérothérapie.

Chez les adultes dont le larynx était atteint, nous avons certainement observé une atténuation très rapide des symptômes de dyspnée et sans le nouveau mode de traitement nous eussions probablement été obligés de trachéotomiser quelquefois, bien que la nécessité de cette intervention s'impose bien moins

chez l'adulte que chez l'enfant. Grâce à notre habitude du laryngoscope, nous avons pu apprécier les heureux effets de la sérothérapie sur le larynx de l'adulte sous l'influence de ce traitement.

X

A ce propos nous nous permettrons d'émettre une opinion qui, peut-être, pourra étonner la plupart d'entre vous.

La diphtérie, dit-on, est une maladie de l'enfance et que l'on rencontre beaucoup plus rarement chez l'adulte ? Est-ce un fait certain ? et ne pourrait-on supposer pour l'affirmer que l'on se soit surtout laissé influencer par la fréquence bien plus grande des accidents laryngés chez l'enfant.

Est-on bien sûr aussi que chez l'adulte, la nomenclature des affections aiguës de la gorge soit d'une exactitude rigoureuse ?

Est-il vrai que, parmi les innombrables maux de gorge si bénins, dont est affligé l'adulte, la diphtérie ne joue pas un rôle bien plus considérable qu'on ne l'a cru jusqu'ici et que le malade ne soit en ce cas un véhicule de la maladie, peut-être aussi commun que l'enfant et d'autant plus redoutable qu'il est plus méconnu⁽¹⁾. Ces maux de gorge légers dont souffre l'adulte guérissent vite presque toujours, sans avoir attiré l'attention de l'entourage : les médecins sont rarement consultés et, heureusement, à cet âge, le larynx est moins sensible que celui de l'enfant, et même quand les symptômes laryngés apparaissent, il est fort rare qu'ils provoquent des complications aussi redoutables que chez l'enfant. J'ai pu observer des cas de diphtérie que, sans l'examen laryngoscopique, on aurait pu prendre pour des affections tout à fait distinctes de la diphtérie, surtout quand le pharynx était indemne.

Grâce à l'examen bactériologique, cette lacune est facile à combler et nous avons été assez heureux pour reconnaître

(1) Nous entreprenons en ce moment de nouvelles recherches qui nous permettront d'élucider ce point intéressant de la diphtérie de l'adulte.

la nature diphthéritique de certaines épidémies d'amygdalite folliculaire dont la vraie cause était totalement ignorée autrefois. Tout le monde connaît l'histoire de ces épidémies, décrites par Tissier en 1886, Dauchez plus tard, puis Dubousquet-Laborde et d'autres. Nous avons observé dans nos salles des faits de ce genre dont l'examen bactériologique nous a donné la clef.

Aussi m'a-t-il paru intéressant de profiter de cette lecture pour attirer l'attention de nos collègues sur cette quantité de cas d'amygdalite aiguë, traités sans méfiance sous le nom d'amygdalite folliculaire et dont un certain nombre doivent être rattachés à la diphthérie; et puisque cette dernière affection nous semble plus commune qu'on ne l'a dit chez l'adulte, il y aurait peut-être lieu de contrôler bactériologiquement toutes ces maladies pour appliquer le traitement et éviter surtout l'explosion de ces épidémies dont on cherche vainement le point de départ.

XI

Nous arrivons maintenant à l'immunité produite par les injections de sérum.

Nous savons tous, d'après les recherches cliniques de Roux et de ses élèves, que la propriété préservatrice du vaccin a été bien nettement établie, mais que, malheureusement, cette préservation est de courte durée. Nous savons aussi que, devant l'imminence du danger, les injections du sérum ont pu être employées sans inconvénient dans des cas où l'examen bactériologique n'a pas confirmé les présomptions cliniques. J'ai moi-même pratiqué ces inoculations dans des cas de diphthérie apparente, où l'examen des cultures fut négatif au point de vue de la diphthérie. Je n'ai jamais vu d'inconvénient à cette pratique, à condition qu'elle se fit *avec prudence* et ces injections n'ont été suivies d'aucun accident; aussi ne serait-il pas déraisonnable de profiter de cette immunité relative pour préserver les personnes qui entourent les malades. Cette

opinion me paraît soutenable, par suite de l'absence de toute complication ; mais en raison des récits d'accidents observés par divers médecins, je n'insisterai pas sur cette mesure prophylactique, car l'action du sérum, sur les individus récemment contagionnés, est si rapide que cette vaccination n'est pas absolument indispensable.

CONCLUSIONS

1° Chez les enfants en bas âge et chez l'adulte, l'emploi du sérum agit avec une rapidité merveilleuse, ainsi que le démontrent suffisamment les statistiques que je viens de présenter.

2° Pour les enfants en bas âge, il faut employer des doses *très modérées* et donner non pas 20 cent. cubes mais autant de grammes que l'enfant a de mois d'âge, avec un maximum de 20 grammes et ne recommencer que si la température s'élève, et surtout si la respiration se trouve embarrassée, ce qui est rare, si l'on a pris la précaution d'éloigner les enfants de ceux qui ont de la broncho-pneumonie.

3° Chez l'adulte, la dose minima peut-être, sans inconvénient, de 20 grammes, et l'augmentation de cette dose dépend des mêmes règles que celles qui ont été recommandées pour les enfants. C'est surtout chez les malades dont le larynx est envahi qu'il faut, sans hésiter, recourir à cette mesure.

4° Quand la diphthérie est hypertoxique, le sérum, même employé à très haute dose, est sans action sur la maladie.

5° La diphthérie, sous sa forme bénigne, est beaucoup plus commune qu'on ne le croit chez l'adulte, et nombre d'épidémies d'amygdalites folliculaires constatées dans les familles, en ville et dans les hôpitaux, ne sont autre chose que des épidémies de diphthérie.

6° L'injection de sérum, à titre de vaccination, peut être pratiquée sans péril, à condition que la dose ne soit pas trop élevée.

IV

DES HYPERTROPHIES POLYPOIDES DE L'AMYGDALE

Par **A. LEMARIEY**, Interne à l'hôpital Beaujon.

1

K...., 43 ans, Luxembourgeois, démolisseur, se présente, le 16 août 1894, à la consultation de l'hôpital Beaujon. Il se plaint d'un violent mal de gorge, d'accès de suffocation qui ont empêché tout repos les deux nuits précédentes, et dit qu'il sent dans sa gorge quelque chose de très gros qui le gêne beaucoup pour avaler et pour respirer. L'ouverture de la bouche laisse voir, en effet, au milieu d'une rougeur et d'une infiltration œdémateuse généralisée de la gorge, une tumeur nettement pédiculée, œdématiée et rouge comme les parties avoisinantes.

La présence de ces phénomènes graves engageant M. Lermoyez à hospitaliser le malade. Le traitement des phénomènes aigus est institué séance tenante : (déglutition de petits morceaux de glace, gargarisme au salol, repos au lit.) La nuit est bonne, et le lendemain l'examen détaillé du malade est devenu possible.

C'est un homme d'apparence robuste, sans tare aucune et sans trouble de la santé générale, mais un peu apathique. Son passé pathologique est peu chargé : de l'impétigo dans le jeune âge, des furoncles et c'est tout. Il n'a pas eu de syphilis, et n'a jamais été sujet aux rhinites, aux angines, aux inflammations des bronches : il est très affirmatif sur ce dernier point. Il nous apprend que, depuis vingt ans, il dort la bouche ouverte et ronfle en dormant.

Histoire de la maladie. — Le malade en fait remonter le début à trois ans : à cette époque il aurait eu une alerte rappelant, mais à un moindre degré, le tableau des accidents actuels : elle céda à quelques gargarismes, mais depuis lors il éprouva dans la gorge une gêne continuelle, provoquée, dit-il, « par quelque chose qui est arrêté dans le gosier, » et qu'il s'efforce d'avaler par des mouvements répétés de déglutition.

Ces mouvements le soulagent pour quelque temps, mais bientôt la même sensation reparait. A certains moments elle a quelque chose de spécial et de particulièrement désagréable : c'est lorsque, dans son travail, il est obligé de baisser fortement la tête : alors il lui semble que quelque chose se déplace dans sa gorge, et il est obligé de se relever. Si immédiatement il essaie de parler, la voix n'a pas son timbre normal, et, dit-il, il parle mal. Ce n'est qu'après avoir fait un mouvement de déglutition en appliquant sa main à la partie antéro-supérieure du cou, qu'il sent que les choses sont remises en place. Souvent aussi il éprouve dans la gorge une sorte de chatouillement qui le force à tousser, et cette toux a quelquefois pour effet, comme la déclivité de la tête, d'amener le déplacement du polype.

Cette sensation de corps étranger n'est nullement douloureuse. Il n'y a non plus aucune douleur spontanée, aucune douleur à la déglutition, cet acte s'accomplit sans aucun trouble ; il n'y a non plus ni vomissements, ni reflux des aliments par le nez : tout au plus, au milieu des nausées qui le prennent le matin et qui s'accompagnent de l'expulsion de quelques mucosités et de salive mousseuse, rejette-t-il par les narines une ou deux gouttes du café qu'il vient de prendre.

Depuis trois ans, ces symptômes étaient à peu près les mêmes et n'avaient pas sensiblement augmenté, lorsque deux jours avant son entrée, il fut pris de certaines malaises, qu'il attribue au froid, mais qui en réalité sont l'indice d'une infection légère : sentiment de fatigue générale et de courbature, céphalalgie légère, douleur à la déglutition, localisée au pharynx et sans irradiations. Le soir de son entrée la température était de 38° dans l'aisselle, et les urines étaient très faiblement, mais incontestablement albumineuses. La dysphagie est ce qui l'inquiétait le plus : le corps étranger qu'il sentait depuis trois ans lui sembla devenu gros comme le poing : « Il n'y avait plus de place pour l'air », et moitié obstacle réel, moitié appréhension, les deux nuits qu'il passa avant de venir consulter lui furent intolérables. Le décubitus dorsal était impossible, car, à l'entendre,

il aurait étouffé dans cette position. Il s'asseyait alors, se penchait en avant, rendait, au milieu de nausées, une abondante quantité de salive et de mucus mousseux et, se sentant soulagé, s'étendait de nouveau, mais pour se relever un quart d'heure après. Nous avons vu comment ces accidents avaient pris fin le soir même de son entrée à l'hôpital.

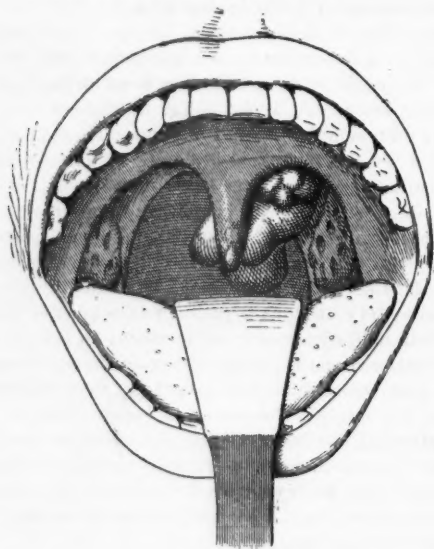


Fig. 1

Cet homme n'était pas sujet aux quintes de toux provoquées par certaines positions de la tête et signalées dans quelques observations de polype pédiculé de l'amygdale. Je lui ai fait varier ces positions et la toux n'est pas apparue. Il ne présentait point non plus les enrouements subits, les accès de suffocation diurnes et les crachottements de sang qui ont été indiqués quelquefois. En revanche la sialorrhée était assez marquée en temps ordinaire, et la crise qu'il venait de traverser l'avait encore accrue. Mais l'abus du tabac n'était pas étranger à cette salivation excessive. Enfin, il disait n'avoir remarqué aucun changement dans sa voix, mais au moment de l'examen le nasonnement était manifeste.

Examen local. — D'une façon générale l'œdème et la rougeur ont à peu près disparu.

A droite, l'amygdale est assez grosse, cryptique, adhérente au pilier antérieur. Les piliers et la paroi latérale du pharynx n'ont rien de particulier.

La luette est longue, et présente deux ou trois granulations : l'œdème et la rougeur y sont encore assez marqués.

A gauche, on aperçoit une tumeur assez volumineuse qui, à première vue, paraît dépendre de l'amygdale. Passant derrière la luette, elle la déborde à droite de $1/2$ travers de doigt environ. Pour entrevoir son extrémité inférieure, on est obligé de déprimer fortement la base de la langue. Un examen plus minutieux montre que cette tumeur est constituée par deux lobes principaux, ou mieux par deux polypes ayant un pédicule commun. Le premier, gros comme le pouce, dépasse la luette à droite, sa surface est rouge et inégale. En le soulevant avec un crochet on aperçoit derrière lui le second plus pâle, d'apparence moins vasculaire, moins gros, mais plus long. Le pédicule commun à ces deux polypes s'insère à la partie tout à fait supérieure de l'amygdale, au niveau de la fossette sus-amygdaliennne. Sur ce pédicule viennent en outre se greffer trois ou quatre petites masses situées un peu plus en dehors et dont la grosseur varie de celle d'un pois à celle d'un grain de blé. Tout cet ensemble est absolument indépendant du pilier antérieur. En soulevant toute la masse on aperçoit l'amygdale gauche assez grosse, criblée de cryptes profondes, adhérente au pilier antérieure. Le pilier postérieur est caché par le polype, il n'a contracté avec lui aucune adhérence.

Il n'y a aucune autre tumeur, ni sur le bord du voile, ni sur les piliers. Pendant l'exploration de la gorge, une nausée s'étant produite, le polype fut projeté du pharynx dans la bouche, et, basculant autour de son pédicule, vint s'arc-bouter par son pôle inférieur sur la face dorsale de la langue. Un ou deux efforts de déglutition remirent les choses en place. A ce moment la sensation éprouvée par le malade fut exactement la même que celle provoquée chez lui par une forte déclivité de la tête.

La muqueuse de la base de la langue est normale, sans saillies papillaires. L'amygdale linguale nettement augmentée de volume, est séparée en deux lobes par une vallée médiane, elle présente des saillies mûriformes qui viennent au contact de l'épiglotte. Quelques dilatations veineuses sur les bords.

L'épiglotte et le larynx sont normaux.

Catarrhe chronique du nez à gauche, avec un peu de mucus.

Le sens olfactif est très affaibli, le goût conservé.

L'examen de l'appareil auditif révèle un léger degré de catarrhe tubaire : dureté de l'ouïe, bourdonnements, membrane du tympan enfoncée des deux côtés. La montre est entendue à 0, mètre 75 centimètres à droite, à 0 mètre 20 centimètres à gauche. — Weber latéralisé à gauche. Rinne positif des deux côtés.

On ne trouve pas de ganglions. — L'examen des divers organes est négatif. Il n'y a point de troubles dyspeptiques ; mais, depuis des années, il y a par jour de deux à quatre selles liquides, sans que l'état général en soit affecté.

Pas d'artério-sclérose, pas d'éthylisme. Le malade est, en revanche, grand fumeur.

Le 18 août, le polype est enlevé à l'anse chaude, sans une goutte de sang, par M. Lermoyez.

A partir de ce moment le malade se déclare tout-à-fait soulagé, et quitte l'hôpital le 22.

L'examen, complété ce jour-là, montre de la pharyngite chronique diffuse. La muqueuse est rouge épaissie, sans granulations sur la paroi postérieure du pharynx. La luette, augmentée de volume, est légèrement opalescente. Dans la fossette sus-amygdalienne gauche, on voit les restes du pédicule. Le cavum est normal, les choanes sont libres, l'amygdale pharyngée n'est pas augmentée de volume. Le malade ne s'est pas représenté, malgré la recommandation que nous lui avons faite de revenir au cas où les symptômes reparaitraient ; ce qui nous porte à croire que la guérison a été durable.

Examen de la tumeur. — Le polype enlevé a été soumis à l'examen de mon collègue et ami, M. le Docteur Papillon, chef du laboratoire de l'hôpital Beaujon. Les coupes qu'il a bien voulu pratiquer et dont une a été dessinée par M. Weber, externe des hôpitaux, montrent les détails suivants :

La tumeur reproduit dans son ensemble la structure de l'amygdale, légèrement modifiée.

La muqueuse, à peu près normale, la recouvre de toutes parts, et en certains points s'enfonce dans la tumeur en formant des cryptes. Elle présente presque partout des papilles irrégulièrement développées.

Au-dessous de la muqueuse, on trouve un tissu conjonctif,

qui, en certains points, prend un développement tel qu'il arrive à former un véritable tissu de sclérose. Au niveau de ces points, les faisceaux conjonctifs sont épais, très réfringents et séparés les uns des autres par des cellules très peu nombreuses.

Le tissu lymphoïde de l'amygdale est assez modifié. Les cellules lymphatiques sont infiltrées irrégulièrement dans toute la tumeur et on ne retrouve que des ébauches de follicules.

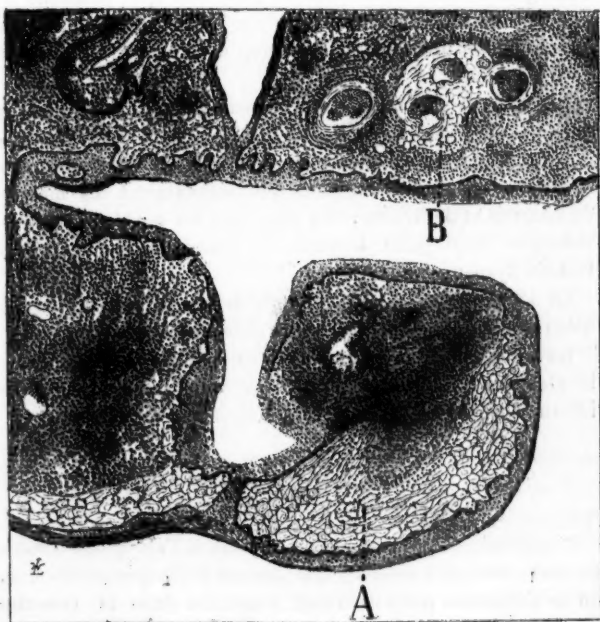


Fig. 2

A. — Plaque de sclérose sous-muqueuse.

B. — Îlot de sclérose périvasculaire.

Dans les parties centrales de la tumeur, les faisceaux vasculaires sont entourés d'une zone de sclérose très dense, rappelant tout à fait l'aspect de la sclérose sous-muqueuse, dont elle est indépendante.

Il s'agit donc d'une hypertrophie amygdalienne pédiculée, modifiée par un double processus de sclérose, ayant son siège d'une part sous la muqueuse, et, d'autre part, autour des gros vaisseaux.

RÉFLEXIONS. — Notre malade n'éprouvait que depuis trois ans les symptômes particuliers indiquant la présence de son polype ; mais étant donnés la longue durée des polypes de l'amygdale, leur accroissement très lent qui demande des années, et aussi l'apparition bien antérieure du ronflement, il est à supposer que la tumeur existait déjà bien avant la date qu'il nous indiqua.

Les accès de suffocation qu'il présentait, sont déjà signalés dans les observations de Koch, de Rivière et de Frühwald. Nous n'avons retrouvé chez lui ni l'arrêt de développement, ni les antécédents tuberculeux, que présentaient les malades de Lannois et de Rivière, non plus que les tendances neurasthéniques dont parle Lannois. Il n'avait également aucun trouble dyspeptique.

La douleur lancinante de l'oreille manquait aussi, et en cela notre observation se rapproche de celle de Koch.

En résumé on voit qu'il s'agit d'un malade porteur, depuis longtemps déjà, d'un polype de l'amygdale, qui à propos d'une infection légère devint l'occasion d'accidents suraigus.

II

L'expression vague de polype servant, à l'amygdale comme partout ailleurs, à désigner une tumeur pédiculée quelconque, on ne s'étonnera point qu'on ait rencontré dans la constitution des polypes de l'amygdale les formes histologiques les plus diverses. En réalité toutes ou à peu près toutes les tumeurs amygdaliennes sont susceptibles de se pédiculiser plus ou moins dans certaines conditions. Cependant si l'on fait abstraction des cas exceptionnels, on peut avec Hajek ⁽¹⁾ grou-

(1) M. HAJEK. — Gestielte geschwülste und fibroidauswüchse der Tonsillen. (Laryngo. rhinologische Mittheilungen. Tirage à part de l'*Intern. Alin. Rundschau*).

per en deux catégories les tumeurs pédiculées de l'amygdale : Dans la première on placera les fibromes ; dans la seconde, les hypertrophies amygdaliennes pédiculées. Ces deux variétés sont représentées dans la littérature médicale par un petit nombre de cas bien étudiés au point de vue clinique et anatomico-pathologique.

Première catégorie : *Tumeurs fibreuses*. — Nous ne citerons que pour mémoire les faits de Sangalli ⁽¹⁾, de Curling ⁽²⁾ et de Julia ⁽³⁾, qui, en l'absence d'examen histologique sérieux, furent cependant rapportés par leurs auteurs au type des tumeurs fibreuses.

Depuis lors ont été publiés plusieurs cas ne laissant point prise à la critique. Je ne ferai que les énumérer rapidement. Celui de M. Masse ⁽⁴⁾ était une tumeur fibreuse « due à une hyperplasie du chorion muqueux et ne contenant rien qui pût rappeler le tissu propre de l'amygdale. » En 1888 Koch ⁽⁵⁾ rapportait un cas analogue ; il s'agissait d'« un vrai fibrome émanant du tissu cellulaire sous-muqueux de l'amygdale gauche. » Dans l'observation de M. Lannois ⁽⁶⁾ c'était « un polype fibreux sans cavités kystiques, ni trace de tissu amygdalien. » Tumeur fibreuse également le polype de M. Rivière ⁽⁷⁾, qui « au centre du tissu conjonctif présentait une région riche en cellules embryonnaires plongées au milieu d'un tissu myxomateux avec de nombreux vaisseaux et des kystes sanguins et séreux. » Le polype de Lublinski ⁽⁸⁾ cité à tort comme hypertrophie amygdalienne, était, écrit cet auteur, « composé de tissu cellulaire adulte. » Dans la première observation de M. Lejars ⁽⁹⁾ il s'agit aussi de tissu fibreux, avec des vaisseaux et de nombreuses lacunes, peut-être des îlots de dégénérescence myxomateuse, mais rien qui

(1) Cité par LEJARS (in *Arch. gén. de médecine*, décembre 1891).

(2) *Lancet*, 1856 (I. page 51).

(3) *Gazette des hôpitaux*, 1863.

(4) *Bullet. de Soc. de la chirurgie*, 1885, p. 927.

(5) *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1888, p. 541.

(6) *Lyon médical*, 1883, p. 326.

(7) *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1889.

(8) *Monatschrift für Ohrenheilkunde* 1887, n° 10.

(9) *Arch. gén. de médecine*, 1891, page 649.

rappelle le tissu de l'amygdale. Hajek ⁽¹⁾ dit avoir vu deux cas de ces fibromes pédiculés : « Une tumeur ronde ou ovale, dit-il, est supportée par un mince pédicule de tissu cellulaire. Cette tumeur peut quelquefois, à cause de la longueur du pédicule gêner la respiration et causer un chatouillement permanent. »

Quant au fait de Bourdon, dont l'examen fut pratiqué par Thaon, il viendra mieux à sa place un peu plus loin en raison de ses particularités histologiques.

Il ne faut point confondre ces fibromes appartenant en propre à l'amygdale avec diverses tumeurs de voisinage : par exemple, avec ces fibromes situés entre l'amygdale et le pilier postérieur, dont Hajek a vu quatre cas et qu'il suppose provenir de la capsule fibreuse de l'amygdale ; ou encore avec de petites tumeurs appendues à la partie postérieure du voile du palais, que Jurasz ⁽²⁾ a rencontrées à deux reprises.

Les tumeurs fibreuses pédiculées de l'amygdale ne nous arrêteront pas plus longtemps, car elles ne se rapportent qu'indirectement au point spécial que nous envisageons.

Seconde catégorie : *Hypertrophies amygdaliennes pédiculées*. — Les polypes de cette catégorie sont certainement moins fréquents que ceux de la première. Nous n'avons pu en rassembler qu'un petit nombre d'observations, dont quelques unes diffèrent de la nôtre par des points de détail ; mais fait capital, le fond reste le même, car il s'agit dans tous ces cas, que nous allons citer, d'hypertrophies pédiculées de l'amygdale.

OBSERVATION 1. — (Frühwald) ⁽³⁾. Homme de 43 ans. Angines et coryzas depuis l'enfance. Porte depuis au moins dix ans, sur l'amygdale droite, une tumeur qui détermine un chatouillement dans la gorge, toutes les fois que le malade se couche sur le côté gauche. Roullement nocturne ; depuis un an phénomènes de suffocation nocturne ne cessant qu'après le lever et quelques fortes secousses de toux.

(1) Loc. cit.

(2) Die Krankheiten der oberen Luftwege, (p.218 et 115).

(3) Wiener med. Woch. 1879, n° 44.

Examen. — Double hypertrophie amygdalienne. En outre, polype gros comme une amande, s'insérant à l'extrémité supérieur de l'amygdale droite par un pédicule de 4^{mm} de large sur 6^{mm} de long. Dans l'inclinaison de la tête à gauche ou en arrière, le polype balotte au milieu de la gorge.

L'examen histologique révèle les caractères de l'hypertrophie amygdalienne ordinaire : follicules hypertrophiés, à limites mal dessinées par place, tissu intra-folliculaire épaissi et dilatation des vaisseaux correspondants. Les papilles de la surface rappellent les papilles fongiformes de la langue. Pas de glandes.

OBSERVATION II. — (Jurasz.) ⁽¹⁾ H. Br... 18 ans, jardinier de Heilbronn, fut examiné à la consultation le 23 juin, pour une tumeur du pharynx, amenant de la voix nasonnée. — Les fosses nasales étaient libres ; et de même, dans le pharynx, la première inspection ne fit rien reconnaître d'anormal. A droite, à la place de l'amygdale palatine, se trouvaient seulement des rudiments de tissu adénoïde. L'amygdale gauche était mieux développée, mais cependant plus petite que normalement.

Pendant l'examen du pharynx, apparut soudainement une grosse tumeur qui sortit de la profondeur du pharynx et remplit bientôt tout l'isthme de la gorge. La tumeur était de coloration blanc gris, molle, lobulée, et de la grosseur d'un petit œuf de poule. Son point d'insertion était profondément situé dans les régions basses, sur la paroi antérieure du pilier postérieur, où elle adhérait par un assez mince pédicule.

A l'exception de la voix nasonnée, le malade ne se plaignait de rien, aucun trouble de la déglutition, ni de la respiration. Il fut impossible de déterminer l'âge de la tumeur ; cependant, le malade fit remarquer que, aussi loin qu'il se souvenait de sa plus tendre enfance, il avait toujours parlé du nez.

Cette tumeur fut enlevée ; et l'examen microscopique révéla une hypertrophie simple de l'amygdale.

OBSERVATION III. — (Jurasz.) Il s'agit d'un cas analogue au précédent ; mais Jurasz le cite sans donner de détails, parce que, dit-il, il appartient à sa clientèle particulière.

OBSERVATION IV. — (Lejars) ⁽²⁾. Femme de 24 ans, ayant eu, cinq années auparavant, une série d'angines, et conservé depuis une prédisposition très marquée aux maux de gorge.

⁽¹⁾ Casuistische Beiträge für Lehre von der anomalien der Gaumensillen (*Monatschr. für Ohrenh.* ; 1885, n° 12).

⁽²⁾ *Arch. gén. de médecine*, décembre 1891.

Sur l'amygdale gauche, on trouve deux polypes rattachés tous deux par un court pédicule, et qui ressemblaient à deux pois accolés dans leur gousse. Ils étaient gros comme un pois, ovoïdes, d'un gris rougeâtre et de surface irrégulière. L'amygdale qui les supportait était un peu hypertrophiée : il y avait à la fois de la rhinite et de l'angine chroniques. Section du pédicule aux ciseaux ; pas d'hémorrhagie.

Examen histologique. — A la surface, couche d'épithélium pavimenteux stratifié, assez épaissi, et dont la lame cornée se dessine très nettement ; au-dessous, papilles coniques simples ou composées, plus nombreuses par places. En de nombreux points, immédiatement au-dessous de l'épithélium, on trouve un véritable reticulum très fin, très régulier, analogue à celui des ganglions lymphatiques, ou des follicules clos de l'intestin. La masse même de la tumeur est infiltrée de cellules lymphatiques, qui se groupent par places en amas et qui figurent une ébauche de follicule. Ce stroma est parsemé de cavités irrégulières ou lacunes, arrondies ou ovalaires, plus souvent anguleuses, de largeur médiocre en général, mais très rapprochées, et, par points, confluentes ; leur contenu est en quantité plus ou moins grande, il est granuleux et semé de nombreux globules blancs et rouges.

Ainsi, à côté de ces lacunes, il existait dans ce polype du tissu lymphoïde véritable, analogue à celui de l'amygdale elle-même, sans reproduire pourtant dans son entier la texture propre de la glande.

OBSERVATION V. — (Frölich) ⁽¹⁾. Cette observation s'écarte assez notablement de la nôtre par les détails histologiques, nous la résumerons cependant parce que ces détails mêmes nous seront plus loin de quelque utilité.

Il s'agit d'un homme de 40 ans, porteur d'une double hypertrophie amygdalienne et présentant sur l'amygdale droite un polype gros comme un pois.

Examen histologique. — La couche la plus superficielle est formée d'un revêtement pavimenteux stratifié ; au-dessous d'elle, on ne trouve ni papilles, ni aucun reste de la muqueuse, la masse de la tumeur est composée de follicules saillants à la surface et qui semblent doublés ou triplés de volume. Les follicules ne sont séparés les uns des autres que par une mince couche conjonctive peu vasculaire : c'est ce tissu intermédiaire qui s'épaissit et devient fasciculé dans l'épaisseur du court pédicule

⁽¹⁾ Dissert. inaug. Göttingen, 1880.

en s'entourant du tissu de la muqueuse et d'une couche épithéliale. — Les follicules eux-mêmes sont entièrement identiques à ceux que l'on trouve dans l'amygdale hypertrophiée : même réseau un peu épaissi, de tissu conjonctif réticulaire, contenant dans ses mailles de nombreuses cellules lymphatiques. — Mais de tissu glandulaire, au sens propre du mot, en d'autres termes, des lacunes et des cryptes, autour desquelles dans l'amygdale se groupent les follicules, il n'y avait ici nulle trace.

En somme, nous n'avions pas affaire à une hypertrophie amygdalienne proprement dite, mais la petite tumeur devait être considérée comme une néoformation circonscrite de tissu adénoïde (réticulaire, cytogène) et décrite sous le nom de polype lymphadénique.

La comparaison de ces différentes observations nous montre qu'un caractère commun, l'hypertrophie amygdalienne, les rattache les unes aux autres et les fait rentrer dans le même groupe, mais que, d'autre part, elles se distinguent entre elles par quelques particularités histologiques qui permettent de les classer dans un certain ordre.

L'hypertrophie simple typique est représentée par l'observation de Frühwald, où nous trouvons le tissu amygdalien avec ses caractères normaux, et la muqueuse munie de ses papilles. A l'autre extrémité de la chaîne, nous placerons le cas de Frölich qui ne présente ni papilles, ni muqueuse, où les follicules triplés de volume sont, il est vrai, identiques à ceux de l'hypertrophie amygdalienne, mais non groupés autour de cryptes qui n'existent plus. Dans l'observation de Frölich, il n'y a donc pas de tissu amygdalien au sens propre du mot et le processus tourne au type lymphadénique : c'est, en somme, un polype lymphadénique ou un lymphadénome pédiculé.

Entre ces deux extrêmes prennent place : notre cas, où la différenciation folliculaire est loin d'être parfaite et celui de M. Lejars, où la confusion s'accroît davantage, les papilles existant du reste dans l'une et l'autre observation.

Ainsi l'hypertrophie type passe par une gradation insensible, au lymphadénome. Cette structure lymphadénique serait, du reste, au dire de Passaquay ⁽¹⁾, assez fréquente dans l'hyper-

(1) Thèse de Paris, 1873, page 24.

trophie des amygdales, à laquelle, pour cette raison, il proposait de donner le nom de lymphadénome simple. Il exprimait par ce correctif l'idée que la similitude anatomique avec le lymphadénome vrai n'impliquait aucune identité dans les symptômes et dans la marche. Le lymphadénome vrai « se distingue en effet de l'hypertrophie simple par une tendance marquée à l'envahissement de proche en proche et par sa coïncidence avec le lymphadénome des ganglions du cou ⁽¹⁾ », deux faits que ne signale point l'observation de Frölich.

Une autre particularité intéressante de notre observation est la présence de tissu fibreux, développé d'une part autour des vaisseaux, d'autre part au-dessous de la muqueuse, sans que ces deux formations conjonctives se confondent. Cette sclérose sous-muqueuse et périvasculaire est fréquente, nous dit M. Cornil ⁽²⁾, dans l'hypertrophie des amygdales. Pour le cas qui nous occupe, sa présence est extrêmement intéressante, car elle nous permet d'établir une filiation entre notre polype et quelques-uns des fibromes que nous avons cités au début. En effet, ces fibromes ne paraissent pas rentrer tous dans la même catégorie. Nous trouvons de vrais fibromes, tels le cas de Masse, développé aux dépens du chorion de la muqueuse, et celui de Koch aux dépens du tissu cellulaire sous-muqueux. Mais pour d'autres (cas de Lannois, de Rivière), l'origine paraît différente et prête à discussion. Qui nous dit que les polypes fibreux de cette deuxième catégorie, bien que ne contenant aucune trace de tissu amygdalien, ne sont pas des hypertrophies polypoïdes sclérosées, dont notre observation représenterait le premier stade ? Cette hypothèse est vraisemblable et le serait encore davantage si nous pouvions citer à l'appui un cas intermédiaire, comme structure, entre notre polype et celui de Rivière par exemple. Or, ce cas existe, il appartient à Bourdon et l'examen histologique en fut fait par Than dans le laboratoire de Ranvier.

⁽¹⁾ GROSS, ROHMER et VAUTRIN. — *Pathol. et clinique chirurg.* T. I, page 796.

⁽²⁾ *Union médicale*, 6 octobre 1881.

DES HYPERTROPHIES POLYPOIDES DE L'AMYGDALE 463

OBSERVATION VI. — (Bourdon) (1). Homme de 41 ans, portant à droite une tumeur grosse comme un petit œuf de poule, à pédicule très large et très court.

Examen à l'œil nu de la tumeur après opération. — Elle paraît contenue dans une coque fibreuse, bosselée, ayant la couleur et la dureté de la tunique albuginée du testicule. A la coupe on trouve qu'elle comprend deux parties : une centrale, qui semble formée par le tissu amygdalien, et qui formait le pédicule, l'autre, périphérique, jaunâtre, très dure et d'aspect fibreux. Les deux portions contenaient un grand nombre de kystes.

Examen microscopique. — La tumeur est composée en grande partie de tissu fibreux, qui s'est développé en tourbillons autour de chaque vaisseau et autour des follicules. Dans ce stroma : cavités kystiques nombreuses, et vaisseaux de nouvelle formation. Des follicules, les uns ont subi la transformation fibreuse, les autres ont conservé leur réticulum intact, mais sont absolument dépourvus de cellules lymphatiques.

En résumé, il s'agit d'une tumeur constituée par une partie périphérique fibreuse, et par une partie centrale dans laquelle on trouve des traces de tissu amygdalien.

Ici donc, comme pour l'évolution vers le lymphadénome, nous pouvons, croyons-nous, établir une gradation. Au premier degré, nous trouvons l'hypertrophie simple. Au deuxième degré, l'hypertrophie avec sclérose plus ou moins avancée. Au troisième degré, le fibrome, ou plutôt l'hypertrophie sclérosée.

Notre polype était sur la limite : car, d'une part, il présentait du tissu lymphatique exubérant en certains points (puisque'il commençait à envahir la muqueuse de place en place), et, d'autre part, du tissu fibreux. Toutefois, la prédominance de ce dernier tissu semble indiquer une tendance vers l'évolution scléreuse.

III

L'origine de ces hypertrophies polypoïdes ne constitue pas un problème moins intéressant que celui de leur évolution ultérieure. Suivant Hajek, ces productions auraient proba-

(1) *Bullet. de la Société anatomique*, 1872, page 317.

blement leur point de départ soit dans l'étranglement d'une partie de tissu adénoïde, soit dans l'allongement du point d'insertion d'une amygdale accessoire. Les réflexions qui suivent nous ont amené à croire que ces deux origines peuvent en effet se rencontrer.

a.) L'existence d'amygdales accessoires est un fait aujourd'hui reconnu, et que Jurasz ⁽¹⁾ classe parmi les anomalies de développement du pharynx.

Il en cite un cas personnel.

Il s'agissait, dit-il, d'une femme de 30 ans, éprouvant depuis longtemps dans la gorge une sensation qui la portait à râcler, et une toux opiniâtre. L'examen du larynx, du nez, et de la portion buccale du pharynx ne révéla rien d'anormal. Mais la rhinoscopie postérieure fit découvrir une petite tumeur grosse comme une noisette, s'insérant par un pédicule assez large au-dessous de l'orifice pharyngien de la trompe. Extirpation à l'anse galvanique. L'examen histologique démontra qu'elle avait la structure de l'amygdale. Carroll Morgan ⁽²⁾ eut occasion d'enlever une autre amygdale accessoire atteinte d'hypertrophie. Elle était située, dit-il, entre les piliers droits du voile du palais, près de la luette. Elle faisait une saillie d'un pouce environ, s'était rapidement accrue, et s'accompagnait d'une légère hypertrophie ganglionnaire. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une amygdale accessoire hypertrophiée.

Mac Bride ⁽³⁾ cite une tumeur qu'il « suppose, » être une amygdale accessoire.

Balme ⁽⁴⁾ dit aussi que, chez quelques enfants de la colonie de Vaucluse ou chez des malades de la clinique laryngologique des sourds-muets, porteurs d'amygdales en grappe, il a vu les piliers et le voile envahis par des productions adénoïdes, dont il fait autant d'amygdales accessoires. Ces amygdales accessoires ont donc des sièges variables.

Du reste, qu'un point quelconque de l'anneau de Waldeyer

(1) *Monatschrift für Ohrenh.* 1885, n° 12.

(2) *Medical record*, Congrès de Washington, 1889.

(3) *Diseases of the throat, nose and ears* p. 66.

(4) Thèse de Paris, 1888.

vienne à se développer d'une façon insolite et isolément et une amygdale accessoire se trouvera constituée : les faits de pharyngite latérale granuleuse, et la présence des nodules lymphoïdes latéro-linguaux, sur lesquels M. Moure ⁽¹⁾ vient d'attirer l'attention, pourraient être rattachés à ce processus. Que cette amygdale se pédiculise plus ou moins et le polype est réalisé. Il n'y aurait donc rien d'étonnant qu'une de ces productions erratiques, s'étant développée dans la fossette sus-amygdalienne, ait donné lieu à la formation de notre polype.

b.) Dans le second cas, la formation polypoïde n'est que le degré ultime de ces lobulations, qui apportent de si grandes variétés dans la configuration des tonsilles.

Les auteurs signalent, en effet, d'abord la forme bilobée, si fréquente que Lieutaud ⁽²⁾ écrivait : « Dans la plupart des sujets que j'ai disséqués, j'ai trouvé deux amygdales de chaque côté, bien distinctes. » Morgagni, ajoute-t-il, avait déjà fait cette observation. Puis vient la forme trilobée, rappelant la disposition qui existe normalement chez le bœuf où, dit Morgagni ⁽³⁾ « divisæ sunt in tres lobos. »

Enfin les amygdales peuvent être multilobées, « ces lobes étant tantôt continus, tantôt séparés les uns des autres. » (Bichat ⁽⁴⁾, H. Cloquet ⁽⁵⁾.) La même forme est signalée par Cruveilhier ⁽⁶⁾, qui lui donne le nom de « amygdales multiples, » quand les petites agglomérations sont bien distinctes.

Un de ces lobes mérite une mention spéciale. On voit quelquefois, en effet, à la partie supérieure de l'amygdale, au point de convergence des piliers antérieur et postérieur, par conséquent au niveau de la fossette sus-amygdalienne, un lobule très nettement isolé du corps même de la tonsille, dont il est séparé par un profond sillon. L'existence de ce lobule est particulièrement intéressante pour le cas qui nous occupe. Je l'ai trouvé une fois sur une cinquantaine d'adultes, et une fois

(1) MOURE. — *Bulletin médical*, 20 février 1895.

(2) Anatomie historique et pratique, 1777. Tome II, page 89.

(3) *Adversaria anatomica*, page 34.

(4) Anatomie descriptive, 1802. T. II, page 581.

(5) Anatomie 1831. T. II, page 326.

(6) Anatomie descriptive, 3^e édition. T. III, p. 238.

sur quarante enfants environ. L'examen histologique du second cas, fait par le docteur Papillon, en a montré la structure amygdalienne normale.

Ces lobes peuvent s'isoler plus nettement et se pédiculiser. S'ils sont multiples, l'amygdale revêt alors l'aspect d'une grappe (amygdales en grappe), dont les grains peuvent être tout à fait indépendants les uns des autres, ou reliés entre eux par quelques filets. (Moity) ⁽¹⁾. Un degré de plus dans la grosseur des grains, dans la gracilité du pédicule, et le polype de l'amygdale est constitué.

c.) Dans une troisième série de cas, le polype est constitué par la totalité de l'amygdale, énuclée de sa loge. Chez quelques sujets, en effet, « les adhérences de l'amygdale sont assez lâches pour lui permettre de sortir de la fossette amygdalienne, et de se pédiculiser à la manière d'un polype. (de St-Germain) ⁽²⁾. Et ces amygdales s'hypertrophiant peuvent être comme appendues au fond de la loge amygdalienne par une sorte de pédicule (amygdales pédiculées) (Balme).

CONCLUSIONS

M'appuyant sur les considérations précédentes, je me crois autorisé à dire que les hypertrophies polypoides de l'amygdale peuvent reconnaître trois origines différentes :

- 1° Le développement d'une amygdale accessoire.
- 2° L'allongement du point d'implantation d'un ou de plusieurs lobes d'une amygdale multilobée et hypertrophiée.
- 3° La pédiculisation de l'amygdale dans sa totalité.

Ces hypertrophies semblent susceptibles d'évoluer vers deux types opposés : le type fibreux et le type lymphadénique.

Elles peuvent rester latentes pendant de longues années et ne menacent que rarement la vie d'une façon immédiate.

Elles devront être enlevées cependant, et de préférence à l'anse galvanique.

⁽¹⁾ Thèse de Paris.

⁽²⁾ Dict. de médecine et de chirurgie pratique. T. II.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 10 octobre 1894.

Présidence de M. FÉLIX SEMON.

M. CRESWELL BABER. — **Adénome de la langue.** — La tumeur, de la grosseur d'une noix, est implantée par une large base en avant de l'épiglotte. Elle a l'aspect et la consistance d'un kyste. Cependant, une ponction ne donne issue à aucun liquide. La tumeur est alors enlevée sans difficultés, ni mauvaises suites opératoires, au moyen de l'anse galvanique.

Huit cas analogues ont été cités par M. Butlin, qui présentaient également l'apparence d'un kyste. L'examen microscopique, pratiqué par M. Taylor, montre que cette tumeur a l'aspect de celles décrites par M. Butlin in *Clinical Society Transactions*, vol. XXIII. Elle présente un aspect qui rappelle le tissu de la glande thyroïde et est d'accord avec la théorie de Bernays et de Bland Sutton, qui considèrent ces tumeurs comme identiques aux glandes thyroïdes accessoires.

LAKE signale un cas analogue.

FÉLIX SEMON pense qu'on ne doit entreprendre l'opération que quand il y a des symptômes graves.

BENNETT. — **Paralysie de la corde vocale gauche.** — Cette paralysie est survenue chez une femme de 47 ans à la suite de l'influenza. Il n'y avait dans le larynx ni ulcération ni congestion. Rien aux poumons. Seulement un peu de douleur dans le larynx, bientôt disparue. Elle prit, pendant quelque temps, de l'iode de potassium sans résultat. La syphilis ne pouvait être invoquée.

TILLEY pense que ces paralysies sont souvent des symptômes de tabes. Il en a vu un exemple.

Le Président, dans le cas présent, ne peut dire la cause de la lésion. La paralysie de la corde vocale coïncide parfois avec une

santé parfaite. On devrait collectionner ces cas et en faire des autopsies détaillées. M. Gouguenheim, dit que ces paralysies pourraient résulter de l'inflammation ou de l'augmentation de volume des ganglions situés sur le trajet du nerf récurrent. Il serait donc à désirer qu'on examine, lorsque l'occasion s'en présente, tout le trajet du nerf vague et du laryngé. Le premier cas de paralysie précédant le tabes qu'il a observé date de 1878. Le tabes apparut 2 ans après la paralysie. Le malade vécut encore 8 ans. Depuis, on a cité de nombreux cas. Mais leur fréquence relative est difficile à déterminer.

A. BRONNER (Bradford). — **Pièces anatomiques d'un fibrokyste de la corde vocale gauche.** — Ce fibrokyste a été enlevé à un pasteur de 76 ans. Des figures de tumeurs semblables ont été publiées par le prof. Chiari. La tumeur était située sur la face supérieure de la corde vocale et a été découverte il y a 3 ans. Ces fibromes sont rares chez les vieillards.

Il montre également les pièces d'un épithélioma de la langue, enlevé à un homme de 78 ans.

HAVILLAND HALL. — **Tuberculose chronique du larynx.** — Homme de 51 ans, syphilitique depuis 26 ans. Les premiers troubles laryngés remontent à 10 ans, mais c'est seulement depuis 5 ans qu'ils sont gênants. Le 26 mai 1894, l'examen révèle une tuméfaction très grande de l'épiglotte, des replis aryépiglotiques et de la région aryténoïdienne, la glotte apparaît comme une fente étroite où on ne peut voir les cordes vocales. La muqueuse de la paroi postérieure est remplacée par du tissu cicatriciel. La cloison du nez est complètement détruite. Au sommet du poumon gauche, diminution de la résonnance vocale et légers râles. En faisant faire l'expiration forcée la bouche fermée, on voit deux tumeurs de chaque côté du larynx. Un son aigu accompagne l'apparition de ces tumeurs. Les signes de sténose laryngienne s'aggravant rapidement, le malade fut admis à Westminster Hospital et trachéotomisé par le chirurgien S. A. Bull.

Actuellement, il prend du carbonate de gaïacol et on lui fait des applications galvano-caustiques dans le larynx. Il a assez augmenté de poids depuis la trachéotomie et la galvano-caustique thermique a diminué la sténose laryngienne, ce qui permet de mieux voir les cordes vocales.

L'orateur pense qu'il s'agissait primitivement d'une affection d'abord syphilitique, mais qu'actuellement, c'est de la tuberculose chronique.

BEALE a signalé, en 1893, un cas à peu près analogue où la sténose paraissait due à l'action combinée de la tuberculose et de la syphilis. Le cas du Dr Hall lui paraît identique.

BRONNER pense qu'il y aurait lieu d'essayer les frictions mercurielles.

HALL a constaté que la cautérisation de l'épiglotte dure et cornée était le meilleur moyen de remédier à la dysphagie.

DUNDAS GRANT fait remarquer que, dans les cas de tuberculose et de syphilis combinée, il y a généralement des ulcérations. Le cas présent est donc très intéressant.

LAKE. — **Mycose de la langue chez deux femmes.** — L. voudrait savoir s'il existe une méthode de traitement plus rapide que la galvano-cautérisation. Le premier de ces cas a été soigneusement cautérisé une fois par semaine, depuis 3 mois, sans amélioration notable. Le second ne l'a été qu'une fois.

HALL dit que la cautérisation doit être continuée comme donnant les meilleurs résultats.

Le Président pense que la galvano-cautérisation des mycoses de la langue donne de mauvais résultats. Le changement d'air et le traitement général sont préférables.

CRESWELL BABER. Dans les cas à extension rapide, les applications d'alcool absolu donnent de bons résultats.

SPICER a employé la galvano-cautérisation sans bénéfice stable. Il préfère réséquer le tissu lingual et, alors que le mal siège à la base, employer les remèdes antiseptiques.

BENNETT plaide pour le lavage des cryptes linguales avec l'acide phénique pur.

DUNDAS GRANT dit qu'il faut distinguer la mycose du pharynx de la pharyngite végétante, ce qui n'est pas toujours facile. Il a obtenu de bons résultats de la galvano-cautérisation de chaque crypte, suivie de l'application d'une solution de teinture d'iode et de bicarbonate de soude.

M. LAKE a traité deux cas de lupus du nez par l'extrait thyroïdien. Le premier, chez un enfant de 11 ans, remontant à 14 mois ; le second, chez une fille de 16 ans atteinte depuis 3 ans. Dans les deux cas, amélioration notable.

GRANT exprime quelques doutes sur la nature de l'affection chez la fille.

SCANES SPICER montre Thomas H., 70 ans, qui était porteur d'une tumeur vasculaire du volume d'une noisette, s'étendant de la partie inférieure de l'amygdale droite à la base de la langue. La tumeur ayant presque complètement envahi le pha-

rynx et provoquant de la dysphagie, de la dyspnée et une grande difficulté d'articulation des mots, l'amygdalotomie fut pratiquée il y a 2 ans. Mais la tumeur peu après a reparu, seulement son développement est lent. Au microscope, elle paraît formée d'amas de cellules arrondies. Le malade a refusé une nouvelle opération.

BRONNER et TILLEY vantent les bons effets de l'arsenic dans ces cas.

HILL pense que ces cas présentent toujours un certain degré de malignité. Il préfère l'énucléation à l'amygdalotomie.

PEGLER considère ce cas comme un lympho-sarcome.

LE PRÉSIDENT. — Passé 40 ans, ces tumeurs sont des lympho-sarcomes ou des adénomes.

DUNDAS GRANT pense qu'on eut pu facilement pratiquer l'énucléation.

DE SANTI donne la préférence à l'incision externe et cite deux cas à l'appui.

SCANES SPICER. — Un cas de sténose laryngée post-typhique. — Le rétrécissement du larynx était causé par l'adhérence du quart antérieur des cordes vocales. On pratiqua au chloroforme la division du rétrécissement avec le dilatateur de Whistler, puis l'intubation avec les tubes d'O'Dwyer.

Le Président convient qu'on doit essayer l'incision et la dilatation de ces rétrécissements, mais il a peu de confiance dans le résultat.

Séance du 14 novembre 1894.

Présidence de M. SEMON.

BOWLBY. — **Tumeur du larynx.** — L'auteur montre une tumeur de la portion gauche du larynx avec atrophie et paralysie des moitiés gauches de la base de la langue et du voile du palais et périchondrite consécutive. Cette tumeur, survenue chez un homme de 52 ans jusque-là bien portant, devenue rapidement du volume d'une orange et où plusieurs incisions pratiquées ont donné chaque fois issue à du pus, est évidemment occasionnée partiellement par une périchondrite. Mais on peut penser qu'elle a dégénéré en tumeur maligne à cause de la persistance

de la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires et à cause de la paralysie concomitante. Cependant, le fait que le malade a été grandement amélioré par le traitement est en faveur de la péri-chondrite seule.

Le Président ne pense pas que ce soit la compression exercée par la tumeur qui a produit les paralysies.

BOWLBY montre également un cas de tuberculose du voile du palais du pharynx et des poumons, survenu chez un libraire de 22 ans. Il pense que, dans ce cas, il n'y a pas d'autre traitement à faire, que de panser l'ulcération du voile du palais avec la poudre d'iodoforme et d'administrer l'huile de foie de morue à l'intérieur. Le malade a ainsi été amélioré et, dans un cas semblable où les lésions étaient plus étendues, l'amélioration a aussi été très grande.

A. BRONNER (Bradford). — **Un cas de pachydermie diffuse du larynx avec péri-chondrite.** — Le malade trachéotomisé succomba en 8 jours à une bronchopneumonie. Pas de bacilles de Koch dans les crachats ni les poumons. Il présentait une tuméfaction des ganglions du pénis, probablement syphilitique. Il semble, d'après la marche de la maladie, que la péri-chondrite était secondaire. Les cordes vocales et la membrane muqueuse du ventricule droit étaient épaissies.

BUTLIN pense qu'il s'agit là d'une de ces péri-chondrites fréquentes chez les syphilitiques. Il est toujours difficile, à première vue, de différencier la pachydermie de l'épithéliome plat.

JAMES DONELAN montre un homme de 43 ans dont le père est mort d'un cancer du larynx. La santé du malade a toujours été bonne, sauf une légère tendance aux bronchites. En novembre 1893, otite, puis tuméfaction de chaque côté du cou avec dyspnée. Les ganglions tuméfiés occupent les bords des sternomastoidiens jusqu'au sternum, on sent même un petit groupe de ganglions tuméfiés au niveau de l'appendice xyphoïde. Le catarrhe bronchique et la congestion veineuse intense de la tête, du cou, des bras et des mains, dénotent une compression de la veine cave qui peut être rapidement mortelle. Le malade prend chaque jour 3 milligrammes d'arsenic, mais son estomac n'en peut supporter davantage.

C. SPENCER a souvent remarqué l'intolérance des malades pour l'arsenic tant que les glanglions adénomateux n'étaient pas enlevés. Il vante les bons résultats de la liqueur arsenicale hydro-chlorique.

HAVILLAND HALL pense qu'en présence de l'intolérance, il faut

changer le mode d'administration de l'arsenic, le malade pouvant quelquefois assimiler une préparation mieux qu'une autre.

P. DE SANTI. — Papillome du nez. — L'auteur montre un malade de 82 ans, atteint de papillome du nez avec ulcère rongeur. Cinq ans auparavant, il y avait seulement une petite rougeur à la partie supérieure de la narine gauche. Puis elle s'accrut rapidement, gênant la respiration nasale et provoquant de l'ozène. Il y a eut une apparition de l'ulcère. Au moment de l'admission, la tumeur bouchait toute la narine, mais son pédicule était étroit, non douloureux, sans trace d'infiltration à la base. L'ulcère avait à peu près la dimension d'une noisette, il était végétant, douloureux, couvert d'une croûte sans tendance à la cicatrisation. Santé générale excellente; pas de syphilis. La tumeur fut enlevée avec des ciseaux le 19 juin et le pédicule fut cautérisé. L'ulcère fut excisé le 19 juillet.

STEWART. — Fistule congénitale du nez. — Après avoir en vain essayé le nitrate d'argent, l'acide chromique, il employa le galvanocautère une fois sans succès, une seconde en le faisant pénétrer jusqu'à l'os hyoïde; il obtint ainsi un rétrécissement et un raccourcissement de la fistule. Une première injection de chlorure de zinc franchit encore le trajet et développa dans la gorge une forte inflammation. Une seconde ne pénétra plus dans la gorge et, actuellement, la sonde ne pénètre dans la fistule que de quelques millimètres. Il a été impossible d'obtenir une histoire complète des antécédents de ce malade, mais il semble qu'il s'agit de la fistule branchiale qu'on rencontre si rarement et qu'on guérit si difficilement.

BUTLIN croit que la fistule a eu pour origine un kyste.

BOULBY croit, que d'une façon générale, les opérations ne réussissent qu'incomplètement dans ces cas, à cause de l'impossibilité d'enlever tout le sinus et de laisser les parties en complet repos.

DUNDAS GRANT signale un cas récent dans lequel il a obtenu un succès complet.

Le Président voudrait qu'on évitât autant que possible les opérations, car elles paraissent simples, mais, en réalité, sont difficiles et le plus souvent incomplètes.

STEWART fait observer que, dans le cas présent, l'opération a donné un grand bénéfice au malade.

PARKER. — Présentation de malade. — L'auteur présente pour diagnostic un enfant de 8 ans. A beaucoup pâti dans son en-

fance, père et mère bien portants et vivants, il est le dernier de 13 enfants dont 8 sont vivants. La scarlatine, la diphtérie et la rougeole ont causé les 5 décès. La mère, après le troisième enfant, a eu 3 fausses couches. Aucun signe de syphilis chez les parents ni chez l'enfant. Pas d'antécédents de tuberculose. Actuellement, la base de la langue est recouverte de trois larges bosses à surface plate, inégale et plus pâle que les tissus environnants. Fermes au toucher, elles ne présentent ni ulcération, ni sécrétion, seulement une légère sensibilité. Sur le voile du palais, trois parties entourées d'une auréole rouge et moins saillantes que celles de la langue. Quelques ganglions légèrement sensibles, durs et gonflés sous le menton et au cou. Au niveau de la fesse, plusieurs petites taches pigmentées et une autre éraillure (plus large derrière le genou droit. L'enfant est d'ailleurs d'une bonne santé. Il a les signes de végétations adénoïdes du pharynx.

M. BUTLIN pense qu'il s'agit là d'un cas de macroglossie, l'âge du malade, l'aspect de la masse corticale de la langue, les glandes hypertrophiées, tout penche en faveur du diagnostic. Il ne pense pas que, quant à présent, on puisse proposer un traitement.

SPENCER pense qu'il s'agit d'hypertrophie anormale de l'amygdale linguale et qu'il y aurait lieu de pratiquer la destruction graduelle sur quelques points.

E. CRESPI cite l'observation d'un malade syphilitique atteint d'angiome ou de congestion de la corde vocale gauche et demande s'il n'y aurait pas lieu d'employer le galvano-cautère.

CRESWELL BABER pense qu'il s'agit simplement là d'un accident syphilitique et que la cautérisation n'est pas indiquée.

BENNETT. — **Congestion chronique du larynx.** — Le malade est un homme de 47 ans, ni syphilitique, ni tuberculeux. Son mal empire depuis le mois de mai. L'examen montre une congestion générale du larynx, de la rougeur et de l'épaississement de la corde vocale droite et du tissu sous-jacent. Mouvements des cordes vocales lents, mais égaux des deux côtés. La maladie a bientôt cédé au traitement.

Le Président pense qu'à côté du catarrhe il y a aussi un peu de neurasthénie laryngée.

CHARTERS SYMONDS. — **Épithélioma précoce de la corde vocale.** — L'auteur montre un homme de 48 ans atteint d'épithélioma précoce de la corde vocale. Professeur, il se plaint de souffrir seulement depuis 2 mois, il a beaucoup fatigué sa voix. En

juin, le Dr Warner, qui l'a examiné, ne trouve rien dans le larynx; en septembre, il trouve, comme à présent, une élévation nodulaire à sommet déprimé sur la corde vocale gauche. La couleur est pâle, les mouvements des cordes vocales se font librement, la voix est nette. Rien à la corde vocale droite. Il s'agit ou d'un épithélioma précoce ou d'un cas de pachydermie, mais l'orateur penche pour la deuxième hypothèse, à cause du caractère nodulaire de la tumeur.

MILLIGAN penche pour l'épithélioma et conseille la thyrotomie et l'ablation de la corde.

SPICER voudrait qu'on tentât d'abord l'ablation par la voie laryngée, quitte, en cas d'insuccès, à recourir à la thyrotomie.

HILL et le Président sont d'avis que c'est là un cas de pachydermie. M. Symonds attendra encore quelque temps avant d'entreprendre un traitement décisif.

Il montre ensuite un homme de 35 ans, présentant une ulcération tuberculeuse du larynx, occupant l'aryténoïde gauche et s'étendant en bas jusqu'à la corde vocale. L'absence de dyspnée et de dysphagie, et la ressemblance de cette lésion avec les lésions syphilitiques sont ce qu'il y a surtout à noter dans ce cas.

L. R. REGNIER.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 21 décembre 1894.

Discussion sur le traitement de la diphthérie par l'antitoxine. — GOLDING-BIRD pose une série de questions sur l'action de l'antitoxine, sa valeur au point de vue du diagnostic et du traitement. Avant le traitement spécifique, il voyait guérir 12 à 13 % à peine de ses trachéotomisés; par contre, sur 9 enfants gravement atteints, trachéotomisés et traités par l'antitoxine, il en a vu guérir 6.

D. NEWMAN (Glasgow). — Le diagnostic peut être fort difficile: dans un cas, il n'y avait pas de bacilles sur la muqueuse d'une femme atteinte d'une angine simple en apparence; elle eut pourtant plus tard des paralysies diphtériques et donna la

diphthérie à un enfant. Les résultats obtenus par le sérum de Behring n'ont pas été aussi beaux que ceux que l'on a publiés, probablement parce que l'auteur ne voit guère en ville que des cas fort graves pour lesquels il est appelé en consultation ; la statistique de l'hôpital est de beaucoup meilleure. Le traitement local est continué comme avant l'antitoxine ; l'auteur n'a pas vu d'accidents imputables à l'antitoxine, sauf une fois, un léger rash, 24 heures après l'injection.

N. P. HAWKINS. — Il faudrait, en parlant du traitement, dire la provenance de l'antitoxine ; les premiers cas publiés avaient été traités par l'antitoxine Archonson, remède secret, dont on prenait des doses minimales ; ce fut ensuite le sérum de Behring, puis celui de Roux. Les nombreux cas de Washbourn furent traités par le sérum de Ruffer ; dernièrement, une nouvelle espèce d'antitoxine a été obtenue par le Dr Klein qui introduit le bacille et non la toxine dans le corps du cheval et obtient ainsi en un mois, au lieu de trois, un sérum de puissance égale à celui de Roux ; de plus, ce procédé d'immunisation de l'animal est à la portée de tout le monde. Ainsi l'auteur (Dr Hawkins) a injecté à un cheval la culture prise à la surface de deux tubes d'agar, cultures atténuées par l'âge, vieilles de 40 jours, triturées avec 40 centimètres cubes de bouillon ; cette première dose fut suivie d'autres, plus fortes, la quatrième composée de cultures très virulentes, datant de trois jours. Le sérum de ce cheval est fort actif et l'auteur a obtenu plusieurs guérisons en injectant 8 centimètres cubes, 10 centimètres cubes ; deux enfants gravement atteints, mal soignés et injectés au bout de 8 jours de maladie seulement, succombèrent. Le sérum employé à Paris est trop faible et l'on est obligé d'injecter de grandes quantités de liquide inutile.

MAC COMBIE emploie depuis un mois le sérum de Ruffer à South-Eastern Fever Hospital ; sur 31 cas, il y a eu 3 morts et un cas qui paraît devoir se terminer fatalement. Le rash a été observé dans la moitié des cas et, le plus souvent, il s'accompagne d'une certaine élévation de la température ; dans deux cas, il y a eu des douleurs articulaires ; lorsque le pouls est irrégulier, il paraît rester tel plus longtemps quand on emploie l'antitoxine ; dans un cas, il y eut une rechute 12 jours après l'injection d'antitoxine. Les paralysies diphthériques ont été notées plus rarement chez les malades traités par l'antitoxine.

F. F. CAIGER (Stockwell) a traité ses diphthériques au South Western Fever Hospital par l'antitoxine du Dr Ruffer depuis

trois semaines, sur trente cas il y a eu huit décès, dont cinq dans les douze heures qui suivirent l'admission ; la mortalité avait été, avant ce traitement, de 30 % depuis deux mois. L'association du bacille de Löffler et du streptocoque se trouvait dans les cas très graves, l'auteur est en ceci d'accord avec M. Roux et en désaccord avec M. Washbourn.

N. TIRARD. — Sur 8 cas traités par l'antitoxine de Behring, il a eu un décès ; il y avait eu, dans ce cas, ulcération de l'amygdale et hémorrhagie par une artère tonsillaire ; dans deux cas trachéotomisés, la canule fut enlevée le troisième jour. Dans un seul cas, il y a eu un léger rash durant quelques heures ; on n'a pas observé de paralysies.

THOMAS EASTES insiste sur l'importance des injections précoces ; dans un cas, injecté le troisième jour, il y a eu six semaines plus tard des symptômes subits de paralysie du cœur.

SIMS WOODHEAD trouve que les cas où le bacille diphtérique est associé au streptocoque durent plus longtemps et donnent moins de décès que ceux où la diphtérie est pure.

GOODALL. — 32 cas traités pendant les trois premiers jours donnèrent 2 décès ; 29 cas injectés du quatrième au quatorzième jour eurent 11 décès ; il ne faut pas désespérer des cas traités après le quatrième jour. Avant le traitement spécifique, la proportion des décès variait de 25 % à 47 %.

WASHBOURN examine la théorie de l'action de l'antitoxine. Il cite une infirmière qui avait des bacilles virulents dans son pharynx durant des semaines et sans présenter aucun symptôme morbide.

M. N. W.

BIBLIOGRAPHIE

Des suppurations mastoïdiennes et de leur traitement, par A. BROCA et F. LUBET-BARBON. Paris, G. Steinheil, 1894, 1 vol. in-8° de 260 p.

Dans cette intéressante monographie les auteurs étudient d'une façon très complète tout ce qui a trait aux inflammations aiguës ou chroniques de l'apophyse mastoïde.

Dans une première partie d'anatomie et de physiologie pathologiques, ils montrent d'une part, que toute otite moyenne aiguë s'accompagne d'infection concomitante des cellules mastoïdiennes, d'autre part, que toutes les inflammations du squelette mastoïdien dérivent de celles des cellules. De là pour les mastoïdites aiguës, ils concluent nettement à la supériorité de la trépanation de l'apophyse, et proscrivent par conséquent l'incision simple, dite incision de Wilde. Ils donnent ensuite le manuel opératoire de la trépanation ; les indications opératoires sont formulées avec précision.

Passant ensuite aux cas chroniques, qu'il y ait abcès mastoïdien ou fistule, les auteurs montrent qu'au point de vue opératoire on ne peut arriver à un résultat complet que si on s'attaque à la caisse en même temps qu'à l'apophyse, la caisse étant l'origine constante de l'infection mastoïdienne. Ils donnent à ce propos une description détaillée d'opérations trop souvent mal connues : trépanation complète de l'apophyse, de l'aditus et de la caisse, et opération de Stacke.

La trépanation simple de l'apophyse est une opération toujours bénigne et qui procure une guérison rapide, la trépanation complète de l'apophyse et de la caisse, exige des soins post-opératoires prolongés, mais la longueur du traitement est proportionnée à la gravité de la maladie.

Le grand mérite de ce travail est de vulgariser une méthode opératoire qui a fait de telles preuves que sa supériorité n'est plus contestable : et qui, quoique de notoriété banale en Allemagne depuis plusieurs années, semble avoir peine à entrer dans le cadre de la pathologie française, généralement re-

poussée par les auristes, et universellement ignorée de nos chirurgiens : pour beaucoup d'entre eux, en effet, la désastreuse incision de Wilde résume toute la chirurgie auriculaire.

Au reste, dans toutes les pages de leur travail, les auteurs combattent en faveur des interventions précoces et radicales ; peut-être, disent-ils, le traitement des suppurations aiguës de l'oreille serait-il mené avec plus de sécurité et de rapidité si l'on trépanait la mastoïde dans toutes les otites aiguës. « On a beaucoup « discuté et disserté sur les indications thérapeutiques dans les « mastoïdites qui compliquent les otites aiguës et cela surtout « pour tâcher de restreindre les indications opératoires. Cette « justification de la timidité semble avoir été le but principal de « la plupart des auristes. » Après avoir lu leur très intéressant mémoire, personne ne songerait à faire à ses auteurs un pareil reproche.

M. L.

Contribution à l'étude des calculs amygdaliens. par Roux (Thèse de doctorat, Bordeaux, 1893).

1) *Historique.*

Affection signalée dès le xvi^e siècle ; bien étudiée par M. Terrillon (1886).

2) *Description. — Anatomie pathologique.*

Le volume des calculs ne dépasse pas celui d'une noisette ; la consistance en est dure ou friable ; le nombre varie.

Comme les calculs salivaires et le tartre dentaire, ils sont formés en grande partie par des sels de chaux ($\frac{75}{100}$) ; puis des matières organiques ($\frac{15}{100}$), enfin de l'eau.

Ils peuvent offrir à la coupe : une couche corticale et un noyau.

Ces concrétions agrandissent les cryptes et s'y constituent de véritables loges, parfois très voisines des gros vaisseaux cervicaux ; et, d'autre part, créent dans la glande les lésions propres à l'hypertrophie chronique : vascularisation, néoformation conjonctive, prolifération des follicules.

3) *Etiologie.*

Affection de l'âge adulte surtout, et rarement signalée.

L'arthritisme est une cause prédisposante générale ; le développement du système lacunaire une cause prédisposante locale.

Causes occasionnelles : la salive, qui, par décomposition chimique due aux microorganismes buccaux, forme un dépôt de sels au niveau des cryptes enflammées, puis des corps étrangers : alimentaires..... et surtout endocryptiques : matière caséuse desséchée..... mêmes causes somme toute que pour les rhinolithes.

4) *Symptômes.*

Tuméfaction, plus ou moins considérable, limitée à l'organe ou envahissant les piliers, le voile.

Coexistence fréquente d'abcès à répétition ; d'angines récidivantes pouvant s'accompagner d'accidents tubaires et de troubles respiratoires graves, par inflammation propagée à l'arrière-gorge.

Peu à peu : l'hypertrophie amygdalienne, avec ses complications diverses. Adénopathie sous-maxillaire possible. — Dysphagie angineuse.

Les symptômes offrent leur minimum avec un calcul bien enkysté.

5) *Diagnostic.*

Très facilité par les signes précédents, peut-être parfois fort embarrassant, se fait par inspection, mais surtout au toucher par le doigt ou avec le stylet.

La consistance pierreuse permet d'éliminer le cancer, l'hypertrophie dure, la mycose, les abcès enkystés et le caséum amygdalien.

6) *Pronostic.*

Bénin, malgré les complications phlegmoneuses ; l'hypertrophie chronique de la glande, enfin le danger du voisinage carotidien.

7) *Traitement.*

L'extraction, souvent rendue difficile par l'enchatonnement.

R. recommande, comme pour l'amygdalite lacunaire, avec ou sans corps étranger, la dissection méthodique des cryptes, suivie de l'ablation à la pince coupante des fragments d'amygdale ; et fait le procès de l'amygdalotome et de l'anse chaude dans les cas de ce genre.

Son travail se termine par l'analyse des douze observations publiées jusqu'ici, et auxquelles il en joint une personnelle intéressante.

H. RIPAULT.

Vue d'ensemble sur l'état actuel de l'otologie (*Ueberschau über den gegenwaertigen Stand der Ohrenheilkunde*) par F. BEZOLD, Wiesbaden S. F. Bergmann, 1895, 1 vol. in-8°.

Ce travail embrasse une période de vingt années d'exercice de l'otologie. B. y jette un coup d'œil d'ensemble sur toute sa carrière et insiste plus spécialement sur les points que ses travaux personnels ont le plus contribué à éclaircir.

La période de 1872 à 1892 est l'époque qui restera dans l'histoire comme ayant donné à l'otologie une impulsion supérieure à tous les progrès qu'elle avait réalisés depuis deux siècles. Trois grandes séries de travaux la caractérisent. En premier lieu, les mémoires de Schwartze sur la trépanation de l'apophyse mastoïde, conséquence logique des recherches de von Tröltsch sur les dangers des suppurations de l'oreille moyenne. En second lieu, dès 1879, l'introduction des principes de la chirurgie listérienne dans les pansements d'oreilles où jusqu'alors les injections antiseptiques n'avaient été employées que pour masquer l'odeur des écoulements fétides. En troisième lieu, la reprise des recherches de Rinne, déjà anciennes (1855), sur la comparaison de la durée de la perception osseuse et de la perception crânienne et l'emploi de séries de sons de tonalité différente pour déterminer les limites du champ auditif, préconisé d'abord par Lucae. A chacun de ces progrès B. a contribué pour une large part, ainsi qu'on pourra s'en convaincre en lisant les commentaires qui accompagnent le vaste travail de statistique qu'il nous présente. Le chapitre qui traite des épreuves fonctionnelles de l'ouïe est d'un haut intérêt; on sait, d'ailleurs, qu'aucun auriste n'a jamais poussé aussi loin que B. la précision du diagnostic des lésions de l'oreille par l'emploi du diapason: et ses études prolongées sur ce sujet lui ont permis d'en déduire cette conclusion physiologique que l'appareil de transmission de l'ouïe est un appareil de perfectionnement qui nous permet de percevoir des tons inférieurs de plusieurs octaves à ceux que pourrait apprécier notre oreille interne si elle était isolée.

Plus loin, il expose en détail le traitement de l'otite moyenne purulente par les insufflations de poudre d'acide borique, méthode tout à fait sienne.

A propos de l'ouverture large de l'antre et de l'attique, pour la mise à nu des cholestéatomes de l'oreille moyenne, il se montre très partisan des transplantations épidermiques, suivant la

méthode de Thiersch, grâce auxquelles il a toujours vu se cutaniser en 4 ou 6 semaines les plus vastes pertes de substance qui, autrement, auraient mis de longs mois à guérir. En même temps, il est partisan de ne pas gratter la cavité cholestéotomateuse, mais d'en laisser subsister les matières ce qui raccourcit encore d'autant la durée des pansements consécutifs.

M. L.

ANALYSES

I. — OREILLE

Quelques considérations sur le développement du conduit auditif externe, par MAYET. (*Bulletin de la Société anatomique*, décembre 1894, p. 952.)

C'est la recherche de la cause de la communication avec le conduit auditif externe, sans que la caisse soit touchée, des abcès rétro-laryngiens aigus, qui a motivé ces recherches de Mayet. Ces recherches faites de 18 conduits auditifs ont confirmé les vues de M. Sappey à ce sujet. Voici la conclusion de l'auteur :

Il existe jusqu'à l'âge de 3 ans, quelquefois plus tard, un orifice sur la paroi inférieure du conduit auditif externe, toujours en dehors du tympan. Cet orifice, chez l'adulte ou l'adolescent, siège sur la paroi antérieure, segment rétro-glossaire de la glénoïde. Cet orifice est circonscrit par un cadre osseux qui appartient en majeure partie au point d'ossification antérieur du cercle tympanal. Les modifications du conduit ont pour but d'abaisser la paroi inférieure du conduit et de diminuer la profondeur et l'exiguïté de l'angle circonscrit entre le tympan et cette paroi d'abord externe. Cet orifice constant chez l'enfant peut laisser passage à une collection purulente et à une otorrhée, sans otite moyenne.

A. G.

Le sens statique et les maladies de l'oreille, par LUZZATTI. (*Giorn. della accad. di medec. di Torino*, 1894, n° 9 et 10.)

Les troubles du sens statique sont presque constants dans les affections suivantes : otite aiguë purulente grave, otite intense aiguë ou subaiguë, chronique même au moment des poussées. Ils manquent en général dans les affections suivantes : otite catarrhale chronique moyenne, otite moyenne même propagée à l'oreille interne quand elle est très ancienne, bouchons cérumineux, otites professionnelles. Ils sont inconstants dans les otites subaiguës.

Dans la neuro labyrinthite due à la méningite cérébro-spinale les troubles statiques sont légers ou nuls, disproportionnés à la surdité et aux lésions de l'acoustique.

Dans la maladie de Ménière ils sont peu marqués dans les périodes éloignées des accès. Quand les accès approchent on constate souvent des troubles de l'équilibre bien avant l'apparition des vertiges. Dans l'hystérie les troubles sont très variables.

La corrélation entre les troubles statiques et le côté lésé, entre ces troubles et les vertiges ou la surdité est variable. La corrélation des troubles et d'une réaction électrique facile du nerf acoustique, indice d'une irritation, est plus constante.

Ces faits démontrent le rôle de l'oreille interne dans l'équilibre mais avec suppléance possible d'autres organes sensoriels et en particulier du sens musculaire.

A. F. PLICQUE.

Contribution à l'étude du sens statique chez les sujets sains et chez ceux qui sont atteints d'affections de l'oreille, par LUZZATTI. (*Arch. ital. di otol., etc.*, 1894, fasc 3).

Pour étudier cette question l'auteur s'est servi du *goniomètre statique* proposé par V. Stein en 1892 et qui consiste essentiellement en un plan dont on peut faire varier l'inclinaison en tous sens. L'individu à examiner étant placé debout et les yeux fermés sur l'appareil, on note le maximum d'inclinaison qu'on peut donner au plan tour à tour en avant, en arrière, et latéralement, sans que l'équilibre soit troublé.

En général, on constate une modification de l'équilibre statique dans les otites aiguës ou subaiguës ou dans les poussées aiguës survenant au cours d'otites moyennes ou internes chroniques. Par contre, le sens statique est intact dans l'otite moyenne

catarrhale chronique, dans les otites professionnelles, dans les altérations consécutives aux otites purulentes chroniques, dans les affections du conduit. En ce qui concerne les lésions de l'oreille interne : les névro-labyrinthites, telles que celles de la méningite cérébro-spinale, ne s'accompagnent que de troubles statiques relativement légers. Il en est ordinairement de même de la maladie de Ménière, au moins dans l'intervalle des accès ; à l'approche des crises, au contraire, il peut y avoir de graves désordres de l'équilibre statique, même quand le vertige et la titubation font défaut. Dans l'hystérie on observe le phénomène inverse : un équilibre statique parfait peut coexister avec des accès vertigineux intenses. Chez les malades dont le sens statique est ainsi troublé, on constate généralement une réaction galvanique facile de l'acoustique (Gradenigo) ; quand cette réaction est absente, l'équilibre est conservé. L'association habituelle de ces deux phénomènes, trouble de l'équilibre et réaction de l'acoustique, jointe aux caractères des processus morbides où ils se rencontrent, doit les faire considérer comme l'expression d'un processus irritatif aigu développé dans l'oreille interne ou dans le nerf acoustique. L'auteur conclut de ses recherches que l'appareil vestibulaire a certainement une fonction en rapport avec l'équilibre, mais qu'il peut être suppléé dans ce rôle par les autres sens, puisque les lésions lentes et progressives de cet appareil, fussent-elles très marquées, peuvent coexister avec un équilibre parfait.

M. BOULAY.

L'influence de la fatigue sur la fonction auditive, par POLI. (*Arch. ital. di otol. etc.*, 1894. fasc. 4.)

On sait que les effets produits par un travail musculaire excessif ne consistent pas seulement dans la fatigue des muscles qui viennent d'agir, mais se font sentir sur tout le reste de l'organisme, en particulier sur le système nerveux, et cela peut-être par une véritable auto-intoxication résultant du passage dans le sang des matériaux excrémentitiels produits par les organes surmenés. *A priori* ces effets doivent être surtout manifestés sur les sens spéciaux dont la délicatesse est bien connue ; et, de fait, il est de notion ancienne que les oiseaux migrateurs, ou encore les pigeons voyageurs éprouvent, après un long trajet, un affaiblissement de la vue. P. a recherché s'il existait chez l'homme, après de grands exercices physiques, une modification analogue de l'ouïe. A cet effet, il a examiné les 24 premiers arri-

vants d'une course vélocipédique de 50 kilomètres, immédiatement à leur descente de bicyclette, puis après une période de repos de 2 à 7 heures de durée. Deux coureurs seulement accusèrent des bruits subjectifs, qui s'atténuèrent d'ailleurs par le repos. Par contre, chez presque tous il existait une diminution plus ou moins marquée de la perception aérienne pour la montre ; dans quelques cas le Rinne était négatif, sans que l'état de l'appareil de conduction donnât de ce fait une explication plausible. Dans les rares cas où il put faire un examen avec une série de diapasons, P. nota une certaine diminution dans la perception des sons élevés. L'examen objectif faisait voir pour toute lésions une hyperémie de la membrane localisée à la périphérie et le long du manche. Après un repos de quelques heures, la perception aérienne s'accrut, chez 16 coureurs, de quelques centimètres à 1 mètre 50 ; l'augmentation était surtout marquée chez ceux qui étaient le moins entraînés et s'étaient, par conséquent, le plus fatigués ; chez eux le Rinne, qui avait été négatif lors du premier examen, devenait positif. Chez deux concurrents la perception aérienne était moins bonne ; chez 6, enfin, qui comptaient parmi les mieux entraînés, il n'y avait pas de changement. On peut conclure de ces recherches que la fatigue produit chez l'homme une diminution de l'ouïe, mais que cette diminution est transitoire.

M. BOULAY.

Otoplastie dans les malformations congénitales du pavillon,
par H. BURGER. (*Rev. intern. de rhinologie*, 10 novembre 1894,
n° 21, p. 241.)

Le traitement autoplastique n'a jusqu'ici été appliqué qu'aux difformités consistant dans l'écartement ou le développement très considérable du pavillon de l'oreille. La malformation, beaucoup plus grave, connue sous le nom d'*oreille de chat*, n'a encore été traitée que par l'excision de tout l'organe et l'application d'un pavillon artificiel.

L'auteur rapporte deux cas d'*oreille de chat*, c'est-à-dire de pavillon rabattu en avant et en bas et adhérent à la région du tragus, sans pouvoir être redressé ; dans les deux cas, il existait une hémiatrophie faciale, une fois du côté de l'oreille malformée, une fois du côté opposé. Il leur appliqua un procédé opératoire nouveau et personnel qui consista à disséquer la partie supérieure de l'hélix adhérente en bas au devant du méat, à la relever en haut de 180° et à l'y fixer. La réunion se

fit par première intention ; le seul inconvénient de ce procédé est la tendance ultérieure du pavillon à trop s'écarter de la tête.

M. L.

Pseudo-otolithe de l'oreille droite, par D'AGUANNO. (*Arch. ital. di otol.*, etc. 1894, fasc. 4).

Il est extrêmement rare qu'il se forme dans le conduit auditif externe des calculs analogues à ceux de la vessie, du canal de Warthon, de la vésicule biliaire ; parmi les rares cas d'otolithes publiés, il est probable qu'il s'est glissé un certain nombre d'erreurs de diagnostic, les prétendus calculs de l'oreille n'étant, le plus souvent, que de simples corps étrangers entourés de couches stratifiées de substance calcaire. D'A. vient précisément d'observer un fait de cet ordre. Chez une jeune fille de 19 ans, qui souffrait depuis trois semaines de l'oreille droite, mais qui avait déjà présenté un écoulement de ce côté dans son enfance, il extraya un corps dur, blanc jaunâtre, qu'il prit d'abord pour un otolithe. Or, l'analyse chimique apprit que ce prétendu calcul était constitué par un noyau central métallique, offrant tous les caractères du plomb, et de couches superficielles d'oxyde et de carbonate de plomb. Un grain de plomb avait donc été jadis introduit dans le conduit : cette introduction remontait sans doute à l'époque où l'enfant avait déjà souffert d'un écoulement de l'oreille.

M. BOULAY.

Exostoses pédiculées au voisinage de l'épine supérieure du méat, par OTTO KÖRNER. (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, p. 353, n° 11, novembre 1894).

Deux observations d'exostoses pédiculées situées au niveau de l'épine supérieure du méat osseux, l'une faisant saillie vers la lumière du méat, l'autre du côté de l'antre. Dans les deux cas il y avait eu une fistule rétro-auriculaire ayant suppuré pendant des années. Les exostoses étaient par suite probablement attribuables à l'irritation des bords de la fistule.

PAUL TISSIER.

Un cas de myxosarcome de la caisse du tympan, par A. KUHN. (*Deutsch. med. Wochenschrift*, 1894, n° 27).

Enfant d'un an, ayant depuis 6 mois une otorrhée droite, abondante et fétide. Depuis quelques semaines les parents avaient remarqué que le cerveau était obstrué par une masse gris

rougeâtre. Cette masse, en effet, remplit tout le méat auditif, en même temps, il existe au niveau de la pointe de l'apophyse mastoïde une fistule, par où le stylet pénètre profondément en haut et en avant dans la direction du conduit. Enlèvement de cette tumeur au serre-nœud ; élargissement de la fistule ; on tombe alors sur une tumeur s'insérant profondément sur la paroi interne de la caisse et s'étendant, dans sa partie externe divisée en deux parties dont l'une s'est développée dans le conduit auditif, l'autre, perforant la paroi osseuse de ce conduit, a pénétré dans l'apophyse, jusqu'au dessous de l'insertion du sterno-cléido-mastoïdien.

Quelques semaines après l'extirpation la guérison semble assurée : il reste seulement sur la paroi labyrinthique un tissu épais et saignant aisément, mais ne recouvrant aucune surface osseuse dénudée.

Trois mois plus tard, rechute ; nouveau curettage. Trois semaines après, de nouveau reparaissent des bourgeons suspects au fond de la plaie. La mort par cachexie survint peu de temps après.

Le microscope caractérisa cette tumeur comme un myxo-sarcome ; elle avait pour point de départ le tissu cellulaire sous-muqueux de la paroi interne de l'oreille moyenne, où se rencontre après la naissance et quelquefois aussi pendant les premiers mois de la vie un tissu gélatiniforme formé de tissu cellulaire, embryonnaire, dans lequel les cellules fusiformes sont logées au milieu d'une substance fondamentale gélatineuse.

M. L.

Abcès de l'espace maxillo-pharyngien. Ulcération de la carotide interne. Ouverture de la poche purulente dans le pharynx et dans le conduit auditif externe sans lésion de la membrane tympanique, par MESLAY. (*Bulletin de la Société anatomique*, décembre 1894, p. 948).

Ce cas intéressant d'abcès aigu rétro-pharyngien latéral ayant ulcéré l'artère carotide interne à sa partie supérieure a été observé chez un enfant de 5 ans. L'intérêt de cette observation, indépendamment de cette ulcération de la carotide, très rarement observée, était aussi dans la sortie du pus par le conduit auditif externe sans envahissement de la caisse du tympan, fait qui a dû se produire par suite du rapport du pus avec une région non défendue par l'ossification.

A ce propos Broca, qui était intervenu dans le traitement chirurgical de cet enfant, dit avoir trouvé un autre cas dans lequel la pointe du rocher baignait dans la cavité du pus et cet incident avait donné lieu à une otite moyenne aiguë. Chez ce malade, il y eut aussi ulcération de la carotide interne.

A. G.

Contribution à l'étude des otites moyennes aiguës dues au bacille pyocyanique, par O. PES et G. GRADENIGO. (*Rev. intern. de rhinologie*, 4^e année, n^o 14, p. 137, 25 juillet 1894).

Le bacille pyocyanique n'est pas un hôte normal de notre organisme ; on ne le rencontre qu'accidentellement dans les cavités naturelles. Depuis quelque temps, on l'a trouvé dans diverses affections de l'oreille où son rôle semblait prédominant. Maggiora et Gradenigo l'ont trouvé en culture puis dans le furoncle du conduit auditif. Gruber, Rohrer l'ont décelé les premiers dans l'otite moyenne aiguë.

Pes et Gradenigo, faisant l'examen bactériologique d'un certain nombre d'otites moyennes aiguës dues à l'influenza, l'ont rencontré deux fois en culture pure dans le pus de l'oreille.

Dans le premier cas, le malade, âgé de 33 ans, eut, au dixième jour d'une atteinte d'influenza, une otite moyenne aiguë et se présenta à l'examen médical vingt jours après la perforation spontanée du tympan. Le pus, pas très abondant, donnait au pansement une coloration légèrement verdâtre. Des examens répétés à plusieurs jours d'intervalle et des inoculations ont révélé la présence constante du bacille pyocyanique.

Dans le second cas, le malade vint consulter au quinzième jour d'une violente grippe, se plaignant de douleurs d'oreille et de surdité. On fit la paracentèse du tympan qui était rouge et tendu : et desensemencements pratiqués avec le pus recueilli au moment même, montrèrent toujours des microcoques, de grosseur à peu près uniformes, groupés en staphylocoques, dont la culture d'isolation sur plaques donna toujours le bacille pyocyanique en culture pure. Des épreuves répétées confirmèrent cette anomalie d'un bacille provenant de la culture d'un pus ne renfermant que des microcoques.

Les bacilles pyocyaniques ainsi isolés dans les deux cas purent être facilement rangés dans la variété A de Gessard et B de Crust.

M. L.

Variétés cliniques des suppurations de l'oreille moyenne, par G. CALDWELL (de New-York) (*N. Y. med. journ.*, 8 septembre 1894).

C. étudie les variétés traumatique, tuberculeuse, les attaques aiguës liées à des lésions du nasopharynx (végétations adénoïdes chez l'enfant, exostose de la cloison et hypertrophie des cornets chez l'adulte), le passage à l'état chronique, l'envahissement de l'apophyse mastoïde, les accidents nerveux et les troubles cérébraux liés à la congestion chronique du temporal, les mastoïdites absolument latentes et sans symptômes, l'utilité qu'offre souvent l'ablation des osselets de l'oreille. A. F. FLICQUE.

Quelques complications graves de l'otite moyenne, par PAUL SCHUBERT (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, p. 344, n° 11, novembre 1894).

I. *Abcès du cerveau*. Les premiers symptômes d'un abcès du cerveau peuvent apparaître alors qu'une otite moyenne aiguë est déjà absolument guérie. La suppuration peut se faire en deux foyers différents et la mort survenir alors que par une intervention chirurgicale on n'a ouvert qu'un seul foyer.

L'otite moyenne aiguë se complique beaucoup moins souvent d'abcès cérébral que l'otite moyenne chronique : sur 2650 otites aiguës, Jansen n'a trouvé qu'un abcès du cerveau ; sur 2500 otites chroniques suppurées, 6 abcès ; d'après Grünert, l'abcès du cerveau est causé dans 91 % des cas par une suppuration chronique et dans 9 % seulement par une suppuration aiguë de l'oreille. Dans le cas de S. il n'y avait ni suppuration de l'antre ni ostéite, ni périostite.

On note comme manifestation de l'abcès cérébral une paralysie de l'oculo-moteur externe, dont l'autopsie ne donne pas la raison d'être anatomique.

La pluralité des abcès du cerveau d'origine otique n'est pas très rare et on peut à ce point de vue rappeler la statistique de Körner qui, sur 10000 affections de l'oreille, observa 4 abcès du cerveau dont deux bilatéraux ; Jansen a perdu un de ses malades dans des conditions identiques ; Knapp fut plus heureux et il put inciser le second abcès qui se manifesta par de nouveaux symptômes cérébraux et une hernie cérébrale.

II. *Phlébite des sinus*. Une observation terminée par guérison ; le pus contenu dans le sinus renfermait des streptocoques à l'état de culture pure.

III. *Pyémie d'origine otique sans phlébite des sinus*. Ce type a été décrit par Körner ; il survient au cours de l'otite moyenne aiguë, guérit sans intervention opératoire ; les métastases se font du côté des articulations et particulièrement sur celles de l'épaule et sur la sterno-claviculaire. Les sinus et l'apophyse mastoïde ne participent pas à la suppuration.

PAUL TISSIER.

Traitement rationnel de l'otite moyenne aiguë, par GRADENIGO et PES (*Giorn. della acad. di medic. di Torino*, 1894, n^{os} 6, 7, 8).

Étude critique des nombreux traitements proposés. Étude bactériologique de quinze cas causés par le diplocoque de Fränkel, le staphylocoque pyogenes aureus (deux cas), albus, le bacille pyocyanique. Voici les conclusions thérapeutiques.

1^o Les lavages antiseptiques, même énergiques, ne sont pas pratiques pour la destruction des germes, car ils désinfectent incomplètement la cavité tympanique et sont irritants.

2^o Les indications essentielles troublant le moins la tendance cyclique de l'otite sont : a) donner issue précoce au pus et assurer son écoulement par un bon drainage ; b) éviter les infections secondaires venant du conduit auditif externe ou de la trompe ; c) éviter les irritations mécaniques ou chimiques. G. pratique par suite la paracentèse du tympan ou l'agrandissement des perforations spontanées. Il assure la béance et le drainage par une fine languette de gaze iodoformée, met un pansement occlusif, n'emploie jamais les insufflations pulvérulentes. Il renonce aux lavages, évite autant que possible le cathétérisme de la trompe, les douches d'air, les injections par la trompe, mais soigne énergiquement les affections nasopharyngées qui compliquent l'otite.

3^o Dans les cas ainsi traités on voit rapidement décroître le nombre et la virulence des microorganismes. On doit remarquer que les otites causées par un même microorganisme varient souvent beaucoup d'intensité. Les infections secondaires retardent toujours beaucoup la guérison. Dans les formes mixtes, diplocoque de Fränkel et pyogenes albus (un cas), staphylocoque pyogenes albus et bacilles saprophytes (trois cas) il est fort difficile de prévoir l'influence des bacilles saprophytes qui tantôt accélèrent et tantôt retardent la guérison.

A. F. PLICQUE.

Otite moyenne scléreuse syphilitique. par CHAMBELLAN (*Congrès de l'association française pour l'avancement des sciences*, août 1894).

L'auteur rapporte deux cas de syphilis héréditaire de l'oreille qui s'est manifestée sous forme d'otite moyenne scléreuse. Dans ces deux cas, l'oreille interne est indemne ; l'oreille moyenne n'a pas suppuré, elle a subi seulement une inflammation chronique, scléreuse. Il y a grand intérêt à connaître ces formes d'otite, car elles ne guérissent pas spontanément, mais sont curables par le traitement spécifique.

G. LAURENS.

Des injections intratympaniques dans le traitement du catarrhe sec de l'oreille moyenne, par ADOLPHE BRONNER (*Brit. med. journ.* 1894, p. 803).

L'auteur croit que l'abandon des injections intratympaniques est injustifié. Il se sert beaucoup de ce moyen de traitement et les malades s'en trouvent toujours bien ; la surdité progresse moins vite, après chaque injection l'ouïe s'améliore pour un temps variant de quelques jours à quelques mois, ce qui détermine la plus ou moins grande fréquence des injections. Après avoir essayé de toutes les substances recommandées, l'auteur s'est arrêté à la solution à 3 % de bicarbonate de soude dans un mélange à parties égales d'eau et de glycérine ; quelquefois il se sert de paroline pure ou additionnée de bicarbonate de soude ou d'iodoforme. La sonde et la seringue de Pravaz ainsi que le liquide sont soigneusement stérilisés.

M. N. W.

Epanchement aigu dans l'oreille interne, par OSCROFT TANSLEY. (*Arch. of pediatrics*, novembre 1894, p. 837).

Garçon de 6 ans, de très bonne santé habituelle. Un matin, au lever, l'enfant est complètement sourd, il a du vertige et quelques vomissements sans aucun autre trouble de l'état général ; 24 heures plus tard il est examiné à la clinique, mais il n'existe aucune lésion visible du côté des oreilles, les tympons sont normaux, il n'y a pas de troubles cérébraux ; la conductibilité crânienne paraît abolie, l'enfant semble sentir simplement la vibration du diapason sur les dents ou sur l'apophyse mastoïde ; on fait le diagnostic d'hémorragie ou plutôt d'exsudation séreuse aiguë dans les deux oreilles internes. Le traitement consiste en injections hypodermiques de pilocarpine qui sont mal supportées et abandonnées et dans l'administration d'iodure de

potassium, en allant progressivement de 15 à 60 gouttes par jour d'une solution saturée. Dès le 4^e jour il n'y a plus de vertige et l'ouïe semble revenir un peu et, au bout de 15 jours, le rétablissement est complet.

M. N. W.

Quatre cas de maladies du labyrinthe, traités par des injections de pilocarpine, par B. J. BARON (de Bristol). (*Brit. med. journ.* p. 1236, 1894.)

Obs. I. — Homme de 30 ans, atteint depuis un an de bourdonnements et vertiges tels qu'il tombe parfois ; plusieurs attaques par jour. Montre entendue à droite à 3 pouces, voix chuchotée à 2 pieds ; 35 injections de pilocarpine : la montre est entendue à 20 pouces, la voix à 2 pieds et le vertige disparaît. Le bourdonnement persiste au même degré. Cet état, très satisfaisant, se maintient depuis 4 ans.

Obs. II. — Femme de 30 ans, surdité labyrinthique extrême depuis des années ; traitement par la pilocarpine absolument inefficace.

Obs. III. — Homme de 23 ans ; surdité labyrinthique consécutive à une scarlatine contractée dans la première enfance ; pilocarpine mal supportée, interrompue, reprise ; aucun effet durant le traitement, mais plusieurs mois plus tard l'ouïe s'est très notablement amendée.

Obs. IV. — Homme de 34 ans, surdité et bourdonnements ; traitement tout à fait inefficace.

M. N. W.

Surdité syphilitique, par HERMET. (Société de dermatol. et de syphiligr. Séance du 13 novembre 1894.)

H. présente l'observation d'un malade, âgé de vingt ans, devenu subitement sourd au cours d'une syphilis datant de deux ans : l'appareil transmetteur du son est normal ; mais il est impossible d'établir si le siège de la lésion est dans les centres nerveux, sur le trajet du nerf auditif ou dans le labyrinthe.

Barthel my rapporte à ce propos l'observation d'un malade chez qui, brusquement, se déclara une surdité totale au moment où on lui annonça qu'il était syphilitique : cette surdité dura un an et disparut avec la même soudaineté ; il attribue ce cas à l'hystéro syphilis.

M. L.

Trois cas de mastoïdite suppurée, par G. FILIPPI (*Morgagni*, n° 7, 1894).

F. insiste surtout sur le rôle étiologique de l'influenza, la valeur d'un simple point douloureux à la pression comme indication opératoire, l'utilité de l'intervention précoce.

A. F. FLICQUE.

Abcès du cerveau et méningites consécutives à des suppurations de l'oreille moyenne, par A. BROCA. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, juillet 1894, p. 561).

L'auteur présente à la Société des pièces anatomiques recueillies chez des malades ayant succombé à ces complications. Ces pièces sont des crânes avec l'indication du siège des trépanations accomplies. Chez un de ces sujets, l'abcès qui existait ne fut pas rencontré par l'opérateur, en raison d'un mode opératoire incomplet. A ce propos, B. mieux renseigné par une pratique ultérieure nombreuse et des recherches très abondantes dans la littérature de ce sujet, discute d'une manière très minutieuse le choix du siège anatomique de ces interventions et il donne la préférence à un procédé qui lui permet de chercher le pus dans les endroits où il se trouve habituellement, procédé d'ouverture très étendu et qui lui permet de dénuder largement l'encéphale et de rechercher plus facilement les lésions si communes de la dure-mère et du sinus veineux. La localisation des abcès, si difficile à bien délimiter avant l'intervention, a moins d'importance pour l'opérateur par l'adoption de ce procédé opératoire. Les abcès formés à distance des foyers de carie osseuse, sont habituellement précédés par des lésions de la dure-mère voisine de ces foyers, ce n'est donc pas pour B. le hasard qui préside à la localisation de ses collections purulentes que l'on peut gagner encore assez facilement en ayant soin de faire précéder leur ouverture par une large intervention du côté de la caisse, de l'antrum et de l'audition et enfin du côté du toit du rocher. Il est difficile toutefois, même par ces moyens chirurgicaux, de reconnaître l'existence de ces méningites de la base, mais la possibilité de cette complication ne doit pas empêcher l'opérateur d'intervenir. L'intervention opératoire doit être faite le plus souvent en deux séances, il serait pour B. plus prudent d'attendre 24 heures pour opérer du côté de l'encéphale, car il se pourrait que, dans certains cas, des lésions cérébrales qui ne seraient pas

encore des collections purulentes, puissent être enrayées par le nettoyage très soigneux des parties qui ont été mises à jour et c'est ce qui pourrait expliquer le succès observé souvent de ces interventions incomplètes.

A. G.

Thrombose du sinus latéral gauche, par MUSSAT. (*Archives de méd. et de pharm. milit.*, p. 219, septembre 1894).

Homme de 22 ans : entre à l'hôpital atteint de douleurs d'abord étendues à toute la tête, puis localisées à l'oreille gauche. Un écoulement purulent s'établit de ce côté : et, dans le pus, on retrouve une mouche macérée. Au bout de peu de jours, l'otorrhée cesse : survient une amygdalite gauche avec douleurs vives au niveau du cou : œdème de la paupière et de la joue du même côté, tuméfaction de ganglions carotidiens. Brusquement, au moment où ces symptômes commençaient à s'atténuer, la mort arrive pendant une crise de dyspnée. L'autopsie montra le sinus latéral gauche partiellement obstrué par un caillot s'étendant du sinus longitudinal supérieur au golfe de la veine jugulaire.

M. L.

Tuberculose du temporal ; propagation à la base du lobe temporal, par OTTO KÖRNER (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, n° 9, p. 277, octobre 1894).

A l'autopsie de sujets tuberculeux on trouve assez souvent des tubercules méningés ou cérébraux en même temps que des lésions tuberculeuses du temporal. Ordinairement, il existe simultanément d'autres foyers tuberculeux et on ne peut établir avec certitude le foyer initial. Dans d'autres cas, on doit admettre que l'infection du contenu crânien a pour point de départ des lésions du temporal, notamment lorsque la destruction osseuse arrive jusqu'au canal carotidien : donc, ici lésion de la paroi de l'artère et développement des tubercules miliars le long de la sylvienne correspondante. On est d'autant mieux autorisé à accepter ce mode d'infection qu'il n'existe pas d'autre foyer tuberculeux dans l'organisme en dehors du foyer temporal, (cas de Pitt). Si la lésion osseuse s'étend jusqu'à un sinus ou jusqu'au bulbe supérieur de la veine jugulaire, ces vaisseaux s'infectent et il peut en résulter par la voie veineuse un ensemencement de nouveaux foyers. Ceux-ci siègent alors le plus souvent au niveau des poumons.

La propagation de la tuberculose du temporal aux parties voisines du cerveau par continuité ou par la voie vasculaire semble rare (cas de Pitt et Jansen) puisque K. n'en a trouvé que deux cas. La cause de cette rareté tiendrait à ce que les foyers tuberculeux du temporal, une fois en communication avec l'air extérieur, sont envahis par des microbes d'infection secondaire : les microbes d'infection secondaire envahissent beaucoup plus facilement et plus rapidement la cavité crânienne et y produisent des foyers purulents qui amènent la mort avant qu'il se soit développé de tuberculose cérébrale. Suit l'observation d'un jeune chinois de 18 ans.

PAUL TISSIER.

II. — NEZ ET SINUS

De l'olfaction. Mode d'action des parfums, par JACQUES PASSY.
(*Presse méd.*, 2^e année, n^o 41, p. 331, 13 octobre 1894).

L'auteur a cherché à réaliser, pour la mesure de l'olfaction, une méthode simple et pratique, telle que le sujet en expérience soit placé pour sentir dans les conditions où il se trouve dans le courant de la vie. Pour cela, il commence par préparer une solution titrée de parfums à 1/10^e, 1/100^e, 1/1.000.000^e. Il laisse alors tomber une goutte de la dernière solution sur un godet légèrement chauffé et disposé dans un flacon de capacité connue. Le sujet présente alors son nez à l'ouverture du flacon, et, s'il ne sent rien, on répète l'expérience avec une solution de plus en plus concentrée jusqu'à ce que la perception apparaisse.

P. a ainsi déterminé le minimum perceptible d'un grand nombre de substances. Exprimé en millièmes de milligrammes, ce minimum est, par litre d'air :

Camphre.	5		
Ether	1		
Citral	0.5	à	0.1
Héliotropine cristallisée	0.1	à	0.05
Coumarine	0.05	à	0.01
Vanilline.	0.005	à	0.0005

L'extrême petitesse de ces chiffres montre que la sensibilité de notre odorat dépasse beaucoup celle des réactions chimiques

les plus délicates et même celle de l'analyse spectrale la plus sensible entre toutes ; or, l'analyse spectrale peut déceler la présence de 1/1.400.000 de milligrammes de sodium, tandis que l'odorat perçoit une quantité dix mille fois moindre de musc artificiel.

On a attribué au son trois qualités : hauteur, intensité timbre. P. cherche à faire pour l'odeur une analyse du même genre, et à lui décrire trois caractères parallèles.

Un premier caractère est le *pouvoir odorant*, qui se définit par l'inverse du minimum perceptible : s'il faut mille fois moins de vanille que de camphre pour provoquer la perception caractéristique, on dira que la vanille a un pouvoir odorant mille fois plus grand.

Un deuxième caractère est l'*intensité*. Quand deux odeurs sont en présence, la plus intense est celle qui masque l'autre. Or, ce sont généralement les odeurs les plus intenses qui ont le moindre pouvoir odorant.

Un troisième caractère est la *qualité*, qui correspond à ce qu'est pour l'oreille, le timbre, pour l'œil, la couleur. La qualité nous permet de distinguer une odeur d'une autre et de la nommer.

La qualité des odeurs est intimement liée à la structure moléculaire des corps : ainsi, par exemple, dans la série grasse, les homologues ont des odeurs extrêmement voisines ; les isomères ayant même formule brute, mais différant par la constitution, diffèrent également par leur odeur ; enfin, chaque isomère se rapproche comme odeur de ses dérivés.

L'auteur s'est encore demandé pourquoi il y a des corps odorants et des corps inodores ; ses recherches l'ont amené à conclure qu'il y a deux classes de corps inodores : 1° ceux qui sont en dehors de nos limites de perceptibilité, de même que la sensation lumineuse du spectre cesse de nous impressionner dans l'infra rouge ou l'ultra violet ; 2° ceux qui, tout en étant dans nos limites de perceptibilité, ne sont point susceptibles de prendre dans leurs conditions physiques ordinaires l'état odorant.

M. L.

Sur les rapports qui existent entre les organes génitaux et le nez,
par FICANO. (*Bollet. delle mal. dell'orecch.*, etc., 1894, n° 11).

L'auteur soutient, après bien d'autres, qu'il existe une relation entre les organes génitaux et le sens de l'olfaction. Ces rap-

ports ont été signalés de toute antiquité : poètes, romanciers, historiens, médecins ne se sont pas fait faute d'y faire allusion dans leurs ouvrages ; c'est ce que nous montre F. dans un historique où l'on voit défiler tour à tour le Vêda, Hippocrate, Celse, Salomon, Virgile, Héliogabal, A. Dumas, etc. Ces rapports n'existent pas seulement entre les organes génitaux et la portion olfactive de la muqueuse nasale, mais encore avec la portion respiratoire ; car un bon nombre d'observations nous ont appris que les excitations des organes génitaux sont susceptibles de provoquer des accès d'éternuements ou d'asthme nasal, de l'obstruction du nez par tuméfaction de la muqueuse, de l'hypersécrétion ou de la sécheresse nasale, des épistaxis. Ces mêmes excitations peuvent encore aggraver des affections nasales préexistantes : exagération de la fétidité des ozéneux au moment des règles, poussées de rhinite aiguë au cours d'une rhinite chronique. Il y a plus, elles pourraient à elles seules provoquer le développement de lésions nasales : catarrhe chronique avec ou sans écoulement purulent, anosmie consécutive à l'ablation des ovaires. C'est ainsi qu'une jeune fille, observée par F. avait commencé à souffrir dès ses premières règles d'une vive sensation de cuisson dans le nez ; cette sensation qui, au début, cessait avec la période menstruelle, devint permanente et s'accompagna d'épistaxis ainsi que de perte de l'odorat. Chez une autre il existait, au moment des règles, une véritable douleur nasale qui, lorsque les règles manquaient, devenait intolérable pendant tout le temps correspondant à la durée habituelle du flux sanguin.

Ces exemples indiquent sans doute l'existence d'une relation entre deux ordres de troubles observés à la fois dans les organes génitaux et le nez, mais ils nous paraissent susceptibles d'une interprétation banale (hystérie, congestion supplémentaire, etc.), et ne prouvent nullement que la nature de cette relation soit, comme semble le penser l'auteur, différente de celle qui peut s'établir entre les mêmes troubles génitaux et un organe quelconque. De plus, nous ne pouvons nous empêcher de remarquer que si l'on ne peut faire aucune difficulté d'accorder certaines excitations olfactives, comme à certaines excitations visuelles, une influence spéciale sur les organes génitaux, il est peut-être imprudent d'admettre un rapport inverse, surtout si l'on se base à cet effet sur les prétendues propriétés érectiles de la pituitaire qui, se rétractant quand on l'excite, offre une réaction physiologique précisément inverse de celle qui caractérise le tissu érectile.

M. BOULAY.

Des affections nasales dans les maladies infectieuses, par ZIEM (de Danzig). (*Münch. med. Woch.*, n° 49, 1894).

Les voies respiratoires supérieures, le nez et le naso-pharynx, prennent une part importante à la transmission des maladies contagieuses ; l'auteur résume les recherches faites sur ce sujet par d'autres et les siennes propres. La rougeole débute par la pituitaire d'où elle s'étend à la muqueuse des sinus frontaux, du canal nasal, à la conjonctive, en même temps qu'elle descend dans le larynx et les bronches ; la connaissance déjà ancienne de ce mode de début n'a pas porté de fruits jusqu'à présent au point de vue du traitement. Scarlatine : les salpingites et les otites moyennes sont si fréquentes que les fosses nasales, dans leur partie postérieure surtout, ne sauraient être supposées saines. Hensch a observé le coryza scarlatin grave, Hasner la propagation de l'inflammation au canal nasal et à la conjonctive. Variole : la participation du nez et des choanes a été étudiée par Liebermeister. Diphthérie : le nez, atteint le plus souvent secondairement, peut être le point de départ de l'infection, il peut être seul atteint ; l'auteur a montré, dans un travail antérieur, par quel procédé les matières septiques du nez vont irriter et infecter les amygdales pendant les mouvements de déglutition et de toux. On observe parfois une seule amygdale atteinte de diphthérie du côté d'une narine rétrécie, qui s'enrhume souvent seule. Les affections chroniques du nez, les écoulements, sont une des grandes causes prédisposantes à l'angine diphthérique. Influenza : la muqueuse pituitaire est la véritable porte d'entrée. Malaria : les microorganismes pénètrent probablement le plus souvent par les voies respiratoires. Fièvre typhoïde : dans les cas où la maladie n'est pas due à l'usage d'une eau souillée, le contagé a pu être transmis par les voies respiratoires d'où la déglutition le conduit dans le tube digestif. Le typhus et le typhus récurrent ont parfois le coryza parmi leurs prodromes. Fièvre jaune : Catlin raconte qu'au cours d'un voyage qu'il fit le long des côtes du Brésil en 1837, presque tous les passagers atteints avaient l'habitude de respirer par la bouche. Peste : certains passages de Thucydide décrivent cette maladie comme débutant par les yeux, le pharynx, le nez. Méningite épidémique : Strümpell, le premier, et bien d'autres après, ont observé dans ces cas une rhinite primitive. Erysipèle : ses rapports avec les lésions de la muqueuse pituitaire sont indéniables. Coqueluche : Hack lui attribue un point de départ nasal et, dans un certain

nombre de cas, le traitement nasal raccourcit la maladie et la guérit même. La tuberculose peut parfaitement débiter sur la muqueuse pituitaire et la muqueuse malade peut, en tout cas, devenir un milieu de culture favorable pour le bacille de Koch ; d'autre part, l'imperméabilité des narines retentit gravement sur le poumon et le rend ainsi apte à se tuberculiser.

Il résulte de tout cela que le nez doit être débarrassé autant que possible des divers agents infectieux et l'auteur recommande chaleureusement les lavages du nez avec de l'eau salée, faits à l'aide d'un appareil spécial, dont on ne voit d'ailleurs pas les avantages sur le siphon simple.

M. N. W.

Statistique de 250 cas d'épistaxis, par E. BAUMGARTEN. (*Rev. intern. de rhinol. otol. et laryng.* 4^e année, n° 15, p. 169, 10 août 1894).

Le plus grand nombre d'épistaxis que l'auteur a eus à soigner concernait les sujets avant l'âge de la puberté. Les nouveaux-nés n'ont jamais saigné du nez. Au-delà de cinquante ans, les épistaxis sont rares chez les hommes et doivent être alors mis sur le compte de l'artério-sclérose ; ils sont plus fréquents chez la femme, et constituent un phénomène supplémentaire du flux menstruel au moment de la ménopause.

Sur 250 cas, 219 fois l'hémorrhagie avait pour siège la cloison cartilagineuse.

Toute épistaxis doit être arrêtée, même quand elle relève de l'artério-sclérose ; il faut alors cautériser patiemment de grandes surfaces de muqueuse pour les transformer en tissu inerte, et en même temps instituer un régime, combattre la pléthore intestinale ; bref, ne jamais abandonner ces épistaxis à elles-mêmes en les considérant comme salutaires, car elles affaiblissent rapidement les malades.

Comme hémostatique, B. emploie l'acide chromique cristallisé ; il répète les cautérisations plusieurs fois après la chute de l'eschare et ne s'arrête qu'après avoir produit une cicatrice bien visible. Il recommande de dépasser le point saignant et de cautériser avec précaution. Dans quelques cas d'épistaxis par artério-sclérose, B. cautérise peu à peu toute la pituitaire jusqu'à la choane.

M. L.

Angiome de la sous-narine, par BROGA et PILLIET. (*Bulletin de la Société anatomique*, juillet 1894, p. 619).

Femme de 40 ans, portant sous la narine droite et dans la partie correspondante de la lèvre supérieure une tumeur arrondie,

bien limitée, indolente, de la grosseur d'une noisette et parcourue d'abondantes vascularisations superficielles. Diagnostic, angiome, après ponction qui donna issue à du sang. La tumeur fut énucléée, la couleur de la tumeur, encapsulée, était blanche et la surface de coupe grenat. La guérison fut rapide. Examen de Pilliet : couche cornée épaisse, papilles inégales, nombreuses et décomposées en papilles secondaires, manquant dans quelques endroits où le tissu est lisse alors : le tissu des papilles est myxoïde ou transformé en lacs vasculaires groupés en flots, qui se trouvent très nombreux dans l'hypoderme ou tout est fusionné. On ne voit alors que de grandes cavités tapissées par des cellules cubiques comme celles des vaisseaux du fœtus, ces cavités contiennent des globules rouges, le stroma est constitué par une charpente connective fixe, les artérioles et les veines sont normales et bien développées dans les nœuds de la charpente connective, dans ce stroma existent des amas adipeux, largement pourvus de capillaires ; les glandes cutanées sont très hypertrophiées, les canaux des glandes sudoripares sont multipliés, dans certains points du stroma existent des paquets serrés d'éléments vaso-cellulaires qui donnent à ces parties l'aspect d'un sarcome très vasculaire.

A. G.

Note sur les acariens parasites des fosses nasales des oiseaux,
par TROUESSART. (*Bulletin de la Société de biologie*, 1894,
p. 723).

L'auteur nous dit dans cette note que ces parasites ont été peu décrits jusqu'ici et ont été confondus souvent avec ceux que l'on rencontre dans le plumage des oiseaux. Il décrit un certain nombre de parasites qu'il rencontre dans les fosses nasales du poulet, du pigeon, de l'oie, du coucou, du bouvreuil, du moineau vulgaire, et de plusieurs espèces d'échassiers. La présence de ces acariens peut provoquer une inflammation catarrhale de la muqueuse, dont l'étude, dit l'auteur, reste encore à faire.

A. G.

Nouvelle note sur les rhinolithes, production bactérienne, par GERBER. (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, p. 314, n° 10, octobre 1894).

Note pour rappeler un mémoire antérieur dans lequel est soulevée, sans preuve suffisante, la question du rôle des bactéries

dans la formation des rhinolithes. Les microbes seraient la cause efficiente; les coagulés sanguins, le mucus nasal, les corps étrangers seraient les causes occasionnelles.

PAUL TISSIER.

Un cas de rhinite diphtéritique chez un nourrisson, par J. CZEMETSCHKA. (*Prager med. Woch.*, nos 38 et 39, 20 et 27 septembre 1894).

Chez un nouveau-né on vit se produire, quelques jours après la naissance, une rhinite aiguë avec pneumonie lobaire. L'examen bactériologique de la sécrétion nasale et les inoculations faites avec le sang de l'enfant donnèrent un résultat négatif. A l'autopsie, on fit le diagnostic de rhinite fibrineuse et de pneumonie lobulaire double. L'examen bactériologique permit de constater, dans les pseudomembranes, le bacille de Klebs-Löffler. Les expériences faites avec les cultures et les inoculations aux animaux vinrent confirmer le diagnostic de rhinite diphtéritique.

LICHTWITZ.

Sur les lipomes de la muqueuse des fosses nasales, par GOMPERZ. (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, n° 9, p. 280, octobre 1894).

On n'a pas encore signalé de lipomes de la muqueuse des fosses nasales, aussi le cas de Gomperz est-il assez intéressant.

La tumeur siégeait dans la fosse nasale gauche à environ deux centimètres et demi de la pointe du nez, semblant pendre de la voûte, du point où le cartilage triangulaire s'attache à l'os du nez.

De la grosseur d'une petite cerise, arrondie, mamelonnée à la surface, recouverte par la muqueuse rouge pâle, avec par places de légères ulcérations. L'examen avec le stylet la montra de consistance ferme et largement pédiculée.

Atrophie de la muqueuse nasale, sans odeur fétide; épistaxis fréquente. Ablation avec l'anse galvanique et la curette tranchante.

Examen microscopique, couche épithéliale formée de hautes cellules cylindriques à cils vibratils; tissu conjonctif très riche en noyaux, fibres conjonctives serrées et, par place, au contraire, très lâches, interceptant de larges mailles où se trouvent les cellules graisseuses qui forment la masse principale de la tumeur.

Au point d'insertion de la tumeur il n'existe pas normalement dans la sous-muqueuse de tissu adipeux, mais on sait que dans certaines conditions il peut se développer du tissu adipeux dans le tissu sous-muqueux.

PAUL TISSIER.

Sur les nerfs des polypes du nez, par OTTO KALISCHER. (*Archiv. f. Laryng. u. Rhinol.*, Bd. II, Hft. 2, p. 269, 1894).

Billroth n'a vu qu'une fois des filets nerveux composés de 8 à 12 fibres primitives, dans les polypes du nez. Frankel considère les filets nerveux comme rares dans les polypes muqueux.

L'auteur s'est servi de la méthode d'Ehrlich (bleu de méthylène) qui rend très nets les filets nerveux, en raison de la transparence des polypes. Après avoir divisé, en suivant leur pédicule, les polypes en deux ou trois fragments, il les plonge dans une solution à 31° de bleu de méthylène à 0,2 %, additionnée d'une faible quantité de carbonate d'ammoniaque. Dans les nerfs colorés, on fixe à l'aide d'une solution saturée de picrate d'ammoniaque.

La présence de fibres nerveuses dans les polypes, loin d'être l'exception, est très fréquente ; cependant elles y sont, en général, peu nombreuses ; il y a néanmoins des cas analogues à celui signalé par Billroth, où on trouve de gros et de nombreux filets nerveux.

Les filets nerveux émettent peu de branches et seulement à longue distance. Sur le trajet des filets nerveux, on voit souvent des cellules allongées ou arrondies qui simulent un épaississement du nerf.

L'aspect, le trajet des fibres, la forme et la disposition des noyaux, prouve qu'il s'agit de filets nerveux néoformés.

Leur trajet est d'abord parallèle aux vaisseaux (pédicule) ; arrivés au centre des polypes ils s'irradient vers la périphérie et arrivent jusqu'au voisinage de l'épithélium sans guère se ramifier.

Ils se terminent d'une façon non caractéristique dans le tissu des polypes ; assez souvent, lorsqu'ils arrivent près de la surface, ils forment une sorte de réseau.

PAUL TISSIER.

Un obturateur nasal, par SANGER. (*Therapeut. Monatshefte*, octobre 1894).

L'auteur adopte la théorie de Zaufal relativement à la pathogénie de l'ozène et croit que le ralentissement de la circulation

de l'air dans des fosses nasales trop spacieuses a un effet défavorable sur la circulation de la pituitaire. Pour parer à cet inconvénient il a fait construire un obturateur nasal essentiellement formé d'un ressort en forme de U, destiné à embrasser la sous cloison, et supportant, de chaque côté, une plaque d'étain, qui, disposée horizontalement à l'entrée de la narine, la rétrécit suffisamment pour rendre au courant d'air inspiré sa vitesse normale, sans toutefois obliger le malade à user de la respiration buccale, même pendant les efforts.

M. L.

Note rectificative à propos du développement du sinus maxillaire,
par E. LAGUESSE. (*Bulletin de la Société de biologie*, séance du 27 octobre 1894, p. 669).

L'auteur présente à la Société de biologie une rectification d'une opinion émise par lui en 1883 : il s'agissait de la glande du sinus maxillaire et du sinus maxillaire lui-même qu'il avait dit dériver d'un même bourgeon épithélial. Des recherches récentes sur ce point lui ont démontré que le sinus se développe de dedans en dehors et d'arrière en avant sous forme d'une large invagination de la muqueuse; la glande nasale naîtrait d'autre part, d'un bourgeon très précoce, très allongé, marchant d'avant en arrière, cette glande arrive alors dans la muqueuse du sinus en voie de formation, où elle peut venir par place jusqu'au contact même de l'épithélium, il y a donc entre eux contiguité et non continuité.

A. G.

Sur le traitement chirurgical de l'empyème du sinus maxillaire,
par FERRERI (*Arch. ital. di otol.*, 1894, fasc. 4).

Dans cette revue critique, F. examine tour à tour les diverses méthodes nasales et buccales en usage dans le traitement des sinusites maxillaires. Il résulte de son expérience personnelle que les premières ne sont applicables qu'aux empyèmes aigus, caractérisés par la simple présence du pus, sans altérations notables des parois osseuses; de plus, comme cette variété de sinusite a presque toujours une origine nasale (cautérisations, irrigations, tamponnements, etc.), ce qui permet de supposer à l'hiatus des dimensions suffisantes, non seulement pour laisser passer des liquides infectieux, mais aussi pour se laisser cathétériser facilement, les lavages par l'orifice naturel lui paraissent tout indiqués; il a trouvé ce mode de traitement particulièrement facile et efficace chez les ozéneux. Dans les formes

chroniques de l'empyème, qui résultent le plus souvent d'une lésion dentaire ou d'une altération primitive du maxillaire, la voie nasale, naturelle ou artificielle, n'est plus de mise : elle expose en effet à la chute de drains ou de tampons dans la cavité du sinus, elle ne permet pas l'introduction d'instruments destinés à curetter les fongosités ou à extraire les séquestres ; elle favorise enfin l'explosion de graves accidents infectieux. Ces divers inconvénients disparaissent en partie, quand on s'adresse aux méthodes buccales.

Parmi celles-ci, F. préfère la méthode de Desault, c'est-à-dire l'ouverture par la fosse canine. Il adresse à la voie alvéolaire les reproches suivants : s'il n'y a pas de dent cariée, le malade hésite à se faire enlever une dent saine ; une fistule alvéolaire persistante est un danger pour les dents voisines qui s'ébranlent ou se carient tôt ou tard ; la mastication est rendue difficile ; les aliments pénètrent aisément dans la fistule et l'obstruent ; l'introduction de la canule à lavage est souvent douloureuse, elle provoque parfois de véritables crises névralgiques ; enfin, l'ouverture alvéolaire ne se prête pas beaucoup mieux qu'une ouverture endonasale au curettage de la cavité. Mais, à la vérité, l'objection la plus puissante à faire à la méthode alvéolaire, c'est qu'elle n'atteint en rien le principal obstacle à la guérison, qui est la rigidité des parois du sinus. L'auteur pose en principe qu'on ne saurait guérir définitivement un empyème chronique sans réséquer la paroi antérieure de l'antre. Il opère de la façon suivante : incision de trois centimètres dans le cul-de-sac gingival au-dessus des premières molaires et décollement du périoste jusqu'à l'éminence molaire ; souvent alors on voit sourdre une gouttelette de pus par quelque fissure de la paroi osseuse ; un fin stylet introduit dans la fistule pénètre dans le sinus ; agrandissement de la brèche avec la gouge et le marteau ; achever l'ablation de la paroi antérieure du sinus avec une pince ; râclage des fongosités et extraction des séquestres ; toucher les parois avec une solution de chlorure de zinc au dixième ; tamponnement à la gaze iodoformée. Dans six cas traités de cette façon par F., la surface interne du sinus se couvrit de granulations et sa cavité s'oblitéra peu à peu sans déformation et sans récive.

M. BOULAY.

L'empyème de l'antre d'Highmore, symptomatologie et diagnostic,
par H. BURGER (d'Amsterdam). (*Sammlung klinischer Vor-
träge*, n° 111, p. 193, 1894).

L'auteur insiste dans cette leçon sur l'empyème sur plusieurs points de la symptomatologie, sur l'absolue nécessité de l'examen des fosses nasales ; il a presque toujours vu la saillie de la paroi nasale du sinus ; au contraire, le pli muqueux verticale, décrit par Kaufmann, ne s'est jamais rencontré chez ses malades. Le catarrhe sec de la muqueuse, que l'on voit souvent du côté malade, peut n'exister que du côté sain, tandis qu'au voisinage de l'empyème il se développe une rhinite hypertrophique ; l'auteur explique la rhinite croûteuse postérieure du côté sain par le contact nocturne avec le pus du côté malade. La transillumination de la face en tant que *signe objectif* ne donne pas de certitude au point de vue de la présence du pus, les exceptions sont déjà nombreuses ; l'éclairage par transparence des pupilles a plus de précision, pourtant les pupilles peuvent rester obscures en l'absence de tout empyème et inversement. Ce que l'auteur n'a jamais vu manquer, c'est la sensation lumineuse *subjective*. Un sujet sain, ayant un foyer de lumière électrique dans la cavité buccale, perçoit deux taches lumineuses rouges, dans le champ visuel supérieur ; le siège anormal de l'excitation rétinienne ne permet pas la fusion des deux taches en une image unique, propre à la vision binoculaire, les impressions restent dissociées et lorsqu'un antre d'Highmore est atteint, la tache lumineuse correspondante fait défaut et le malade sait fort bien dire de quel côté elle existe. Chez une malade, guérie d'un empyème bilatéral, les pupilles restaient toujours objectivement sombres, tandis que l'impression lumineuse subjective redevint nette. Chez une autre, enfant de 11 ans, il y avait tout lieu d'attribuer l'écoulement purulent rebelle à des empyèmes, au moins en partie ; l'obscurité des pupilles infirma ce diagnostic, l'enfant disait chaque fois qu'elle voyait deux lumières ; en effet, le lavage d'épreuve ne donna pas trace de pus. La percussion par la méthode de Link ne donne pas de résultat, si le liquide ne remonte pas haut dans la cavité. Le cathétérisme par la voie naturelle est toujours difficile et souvent impossible, et le lavage comme moyen de diagnostic n'est guère capable d'en chasser le pus, il faudra dans la grande majorité des cas, recourir à une ouverture artificielle déclive pour cette épreuve.

M. N. W.

III. — BOUCHE ET PHARYNX

A propos d'une prétendue guérison miraculeuse de mutisme hystérique, par D'AGUANNO. (*Arch. ital. di laring.*, 1894, fasc. 4).

L'aphonie, et mieux encore le mutisme, sont des phénomènes hystériques particulièrement susceptibles, dans de certaines conditions, d'une disparition si brusque qu'elle paraît miraculeuse, et cette croyance à une guérison surnaturelle prend d'autant plus aisément naissance que le malade appartient à une classe plus élevée de la société et qu'il tombe entre les mains d'un charlatan plus habile qui, mettant la religion au service de son avidité, attribue à une action divine un fait purement suggestif.

D'A. rapporte un cas de ce genre, qui n'a guéri qu'entre les mains d'un charlatan particulièrement en odeur de sainteté. Il s'agit d'un enfant de 12 ans, fils d'un sénateur, qui, à la suite d'abus de la voix, avait été pris brusquement d'aphonie ; quelques jours plus tard l'aphonie se transformait en un mutisme absolu, l'enfant ne se faisant plus comprendre que par gestes et par l'écriture. Le malade fut mené à Naples où les soins des médecins les plus experts en la matière furent vains. C'est alors qu'il fut mené dans un sanctuaire où au milieu des parfums de l'encens et pendant l'acte de la communion on lui ordonna de crier en chœur avec les personnes qui l'accompagnaient : viva Maria ! Il poussa cette exclamation et recouvra la voix. Il s'agissait évidemment d'une suggestion à l'état de veille. On avait donné à comprendre à l'enfant qu'aucun traitement ne pouvait le guérir et que la Vierge seule avait le pouvoir de lui rendre la parole.

M. BOULAY.

Les éléments du langage articulé et les facteurs de l'aphasie motrice, par PAUL RAUGÉ (Challes). (Communication au Congrès français de médecine interne, 1^{re} session, Lyon, 25 octobre 1894).

Malgré le travail de dissociation auquel les cliniciens et les psychologues ont soumis depuis quelques années l'étude de la faculté du langage et celle du symptôme aphasie, il semble que

l'analyse ne soit pas encore assez complète, et qu'on doive subdiviser encore les quatre centres corticaux où l'on a déjà réparti les grands éléments de la fonction. C'est ainsi que la voix parlée est un fait physiologique trop complexe pour qu'on puisse localiser en bloc sa direction psycho-motrice dans un foyer indivisible répondant au champ de Broca. Si l'on analyse, en effet, le phénomène physique de la parole, on constate qu'il est la résultante de trois actes simultanés, mais parfaitement indépendants : production par les organes respiratoires d'un courant aérien méthodique et rythmé ; modulation de la voix par le larynx ; articulation de la parole dans les cavités sus laryngées. Or, le centre classique de la parole ne répond actuellement qu'au dernier de ces actes moteurs, à l'articulation proprement dite. Pour représenter dans son ensemble le phénomène de la voix parlée, il faut adjoindre à la zone de Broca, d'abord le centre laryngé, qu'on a récemment découvert, puis un centre encore inconnu, mais dont on peut affirmer l'existence, et qui aurait pour fonction de diriger les organes respiratoires dans leur participation à l'acte vocal. J'ai développé dans un travail antérieur (*Bulletin médical*, 29 juin 1892) la nécessité de cette dissociation physiologique. Aujourd'hui, les faits pathologiques semblent-ils affirmer l'évidence, et il existe des observations d'aphasies motrices dissociées qui ne peuvent s'expliquer que par elle. Ce sont d'abord les cas, aujourd'hui bien connus, où l'aphasique, privé du pouvoir d'articuler les mots, a conservé l'intonation et le rythme de la parole (aphonies d'articulation pure). Ce sont, en second lieu, les faits beaucoup plus rares où le trouble ne porte que sur l'intonation (aphonie hystérique). Enfin, un cas où le malade n'a conservé que le rythme du mot, rythme qu'il traduit au dehors par des expirations aphones. On sait que ce dernier ordre de faits s'interprétait jusqu'à présent par une lésion sous-corticale, respectant le centre de Broca, portant l'image motrice verbale, mais empêchant l'extérioration de cette image par interruption des conducteurs centrifuges. N'est-il pas plus simple d'admettre une lésion dissociée des centres phonétiques, qui supprime deux éléments de la parole, l'intonation et l'articulation, et qui laisse persister le rythme ?

Sur un cas d'hémiatrophie de la langue, par GERONZI. (*Arch. ital. di otol.*, etc., fasc. 4, 1894).

Ce cas concerne un homme de 25 ans qui, quatre ans auparavant, avait été pris subitement, au cours d'une conversation,

d'impossibilité momentanée d'articuler un seul mot, la langue étant restée pendant quelques minutes immobile sur le plancher buccal; des accès identiques s'étaient reproduits trois ou quatre fois par jour pendant une semaine. Un an plus tard, les parents s'aperçurent que la langue était déviée à gauche sans que le malade en fût d'ailleurs gêné. En 1894, il vint consulter G. pour une pharyngite atrophique dont il souffrait depuis un an. C'est alors que l'on constata une atrophie de la moitié gauche de la langue, avec déviation de la pointe de ce même côté; les mouvements actifs de l'organe étaient possibles, mais la pointe n'était portée à droite qu'avec difficulté; il existait quelques mouvements fibrillaires et des signes de réaction de dégénérescence incomplète; pas de trouble de la sensibilité. Quelques mois plus tard, à ces signes s'ajoutait une parésie de la moitié gauche du voile du palais; de plus l'effacement du sillon naso-labial gauche semblait indiquer l'existence d'un certain degré de paralysie du facial inférieur.

Il s'agissait vraisemblablement d'une lésion centrale. Les cas d'hémiatrophie linguale par lésion du tronc de l'hypoglosse sont en effet extrêmement rares (4 0/0); d'autre part l'existence de contractions fibrillaires, l'absence d'une réaction de dégénérescence bien nette, l'association à l'atrophie linguale de signes de paralysie et d'atrophie du voile du palais ne cadrent guère avec l'hypothèse d'une lésion périphérique. En ce qui concerne la localisation de cette lésion dans les centres, on ne peut s'arrêter qu'à l'idée d'une lésion bulbaire. Mais tandis que la majorité (80 0/0) des faits d'hémiatrophie linguale publiés jusqu'à ce jour faisaient partie du cortège symptomatique d'affections nerveuses diverses (tabes, syringomyélie, paralysie générale, etc.), on pouvait s'assurer ici par un examen minutieux qu'il n'existait aucun signe de lésion, initiale ou latente, dans les autres parties du système nerveux. On avait donc affaire à un cas de cette forme rare d'hémiatrophie linguale développée à l'état de syndrome pur et reproduisant ici, par son association à une paralysie du voile et de l'orbiculaire des lèvres, le tableau d'une *paralysie bulbaire unilatérale* dont la pathogénie reste hypothétique (syphilis, hémorrhagie ou embolie bulbaire).

M. BOULAT.

Papillomes bénins multiples de la muqueuse buccale et leur origine probable, par C. RASCH. (*Hospitaltidende*, n° 46, 14 novembre 1894).

Chez une petite fille atteinte de papillomes confluents de la

muqueuse bucco-pharyngée, on découvre à chaque main des verrues, ayant précédé de quelques années l'apparition des tumeurs de la bouche, et l'on apprend que l'enfant avait l'habitude de porter ses doigts à sa bouche, en particulier l'index droit sur le bout duquel existe une verrue datant de plusieurs années.

L'examen histologique ayant montré la structure identique des verrues de la peau et des papillomes de la muqueuse buccale, l'auteur, s'appuyant sur la nature contagieuse des verrues, admet que les tumeurs buccales naissent par contagion directe des lésions des doigts. Généralisant ces conclusions, il n'est pas éloigné d'admettre que les verrues vulgaires de la main sont la cause principale des papillomes du larynx. Conclusion : pratiquer le plutôt possible la destruction des verrues sise à la main pour prévenir l'inoculation consécutive de la muqueuse buccale, surtout à craindre chez l'enfant qui a l'habitude de porter ses doigts à sa bouche.

M. L.

Sur un cas de calcul tonsillaire, par CAMPENNI et ARENA. (*Arch. ital. di laryng.*, 1894, fasc. 3).

Chez une femme de 48 ans, accusant de la gêne de la déglutition, C. retira de l'une des cryptes de l'amygdale gauche un calcul volumineux, du poids de 3 grammes, de forme irrégulière, à surface d'un blanc grisâtre. L'analyse chimique faite par A. montre que ce calcul était constitué d'une part par des substances organiques (sang, mucus), de l'autre et en majeure partie par des substances minérales (phosphate de chaux et traces de phosphate de magnésie).

M. BOULAY.

Sur les paralysies du voile du palais consécutives à des angines non diphthériques, par BOURGES. (Académie de médecine, séance du 18 décembre 1894).

Gubler avait admis la possibilité de paralysie du voile du palais à la suite d'angines non diphthériques ; mais, faute de démonstration directe, cette hypothèse n'avait guère rencontré créance. B. dans un cas d'angine, bactériologiquement reconnue non diphthérique, qui dura dix-sept jours chez un enfant de sept ans, observa, deux semaines après la disparition des fausses membranes, d'abord un strabisme convergent, puis du nasonnement avec troubles de la déglutition, enfin une paralysie incomplète qui guérit au bout d'un mois. Les fausses membranes gutturales ne renfermaient ni bacille de Löffler, ni streptocoque.

M. L.

Traitement de l'angine diphthéritique par les badigeonnages du fond de la gorge avec une solution concentrée de sublimé dans la glycérine, par GOUBEAU et J. HULOT. (*Arch. gén. de médecine*, septembre, octobre 1894, p. 289 et 418).

1° L'emploi d'une solution concentrée dans la glycérine, telle que celle de 1 pour 20, semble donner, dans le traitement de l'angine diphthéritique, des résultats meilleurs que tous les autres traitements préconisés jusqu'à ce jour.

2° Ce traitement, très facile à appliquer même par les personnes de l'entourage du malade sous la surveillance du médecin, est très facilement supporté.

3° Deux badigeonnages, précédés chacun d'une irrigation boriquée, sont presque toujours suffisants dans les vingt-quatre heures. Pour les angines particulièrement graves, on peut les répéter trois ou quatre fois.

4° Ces badigeonnages ne doivent porter autant que possible que sur les fausses membranes. Il ne faut jamais chercher à les détacher, et l'excès de sublimé doit être enlevé immédiatement avec un pinceau sec.

5° Les badigeonnages ne sont nullement douloureux dans la plupart des cas, quand ils sont bien faits. La douleur, quand elle existe, ce qui est très rare, est rapidement calmée par une irrigation d'eau froide.

6° Ils ne déterminent aucune brûlure du pharynx et la solution n'est nullement caustique.

7° Les fausses membranes sont très vivement impressionnées par ce traitement.

8° Elles semblent se dessécher sur place et tomber sans se reproduire.

9° Les infections secondaires et d'adénopathie disparaissent très rapidement.

10° L'état général se relève très vite; dès le second jour du traitement en général, l'amélioration est très apparente.

11° Ce traitement ne donne lieu à aucun accident d'intoxication, même chez les tous petits enfants.

12° L'albuminurie, quand elle existe, diminue rapidement et disparaît sous l'influence des badigeonnages au sublimé.

13° Le bacille de Klebs disparaît rapidement de la gorge, et n'existe pas après guérison.

14° Le sublimé paraît avoir une action très active sur le bacille de Klebs, pour qu'il ne pousse pas sur les milieux, contenant

1/10000 de ce sel et la culture soit empêchée par un badigeonnage à 1/1000 en solution acide.

15° La mortalité avec ce traitement est, jusqu'à présent, de 4,7%.

M. L.

Quelques cas de croup et de diphtérie traités par le sérum de Behring, par le prof. FERDINANDO MASSEI (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Naples*, série 9, n° 4, 1894).

L'auteur rapporte les observations de 4 enfants atteints de diphtérie nasale, pharyngée et laryngée, traités par le sérum de Behring à la dose de 7 à 10 centim.cub. et guéris tous les quatre; l'examen bactériologique a confirmé le diagnostic. L'auteur fait ensuite une revue générale de cette question.

M. N. W.

Un cas de diphtérie guérie par l'antitoxine, par THOMAS EASTES (*Brit. med. journ.*, juillet 1894, p. 125).

Fille de 10 ans 1/2 atteinte d'angine diphtérique grave le 8 juillet; jusqu'au 10 juillet l'état local, l'adénopathie, l'état général vont en empirant malgré le traitement habituel énergiquement appliqué. Le 10 juillet, l'enfant reçoit, en injection sous-cutanée, cinq centimètres cubes d'antitoxine Arohnson. Dès le jour même le mieux se manifeste, le lendemain les amygdales, qui étaient presque au contact, avaient diminué de volume et, quatre jours après l'injection, l'enfant pouvait être considérée comme complètement guérie.

M. N. W.

Du traitement de la diphtérie par l'antitoxine. (*Brit. med. jour.*, 1894).

26 observations, envoyées par différents praticiens, sont publiées sur ce sujet dans le courant des mois de juillet, août, septembre et octobre. La guérison a été obtenue dans tous les cas sauf deux; dans ce nombre, il y a beaucoup de cas très graves, d'angine et de croup, traités par l'antitoxine avant ou après la trachéotomie; il y a des enfants de quelques mois, de 3, 6, 12 ans, des adultes et même une femme de 64 ans. L'injection a été faite avec le même succès le 2°, 3° et jusqu'au 6° jour de la maladie; après l'injection, la fièvre tombe rapidement au bout de quelques heures ou bien cette chute de la température est précédée d'une certaine aggravation de l'état

général. Quant au nombre d'injections et aux doses, il n'y a absolument rien de fixe encore. Les doses sont de 8, 11, 15, 60, 85 minimis (47 minimis = 1 centimètre cube) d'antitoxine Arohnson, le Dr Eastes va jusqu'à 10 centimètres cubes et 20 centimètres cubes; dans un seul cas, il s'agit du sérum de Roux et de la dose adoptée par lui de 20 centimètres cubes; les doses très faibles paraissent avoir agi aussi parfaitement que les doses fortes dans la plupart des cas. Les deux cas de mort sont: celui d'une femme de 22 ans qui reçut 15 minimis d'antitoxine le 4^e jour et autant le 6^e jour de la maladie et qui mourut le lendemain de cette dernière injection, et celui d'une fillette de 11 ans, traitée par l'antitoxine in extremis le huitième jour d'une angine très grave.

M. N. W.

Traitement de la diphthérie par l'antitoxine, par CAMPBELL WHITE. (*Arch. of pediatrics*, décembre 1894, p. 940).

La statistique habituelle de William Parker Hospital à New-York est la suivante: les adultes fournissent une mortalité par diphthérie de 3 %; les enfants de 5 à 16 ans 13,6 %; les enfants au-dessous de 5 ans meurent dans la proportion de 42,7 %. Pour juger des effets de l'antitoxine, on soumit à ce traitement vingt cas choisis parmi les plus graves chez des enfants de 3 ans 1/2 en moyenne; la dose moyenne injectée a été de 11,3 centimètres cubes.

Sur ces 20 cas, il y avait 14 laryngites; dans 4 cas, on fit le tubage, dans un cas, la trachéotomie; l'un des enfants tubés mourut de pneumonie au 24^e jour et le trachéotomisé succomba à une broncho-pneumonie contractée dans la convalescence, au 34^e jour; dans ces deux cas, les bacilles diphthériques avaient disparu depuis plusieurs jours. Sur les six angines sans croup, il y eut un décès dû à la scarlatine contractée pendant la convalescence. La mortalité, pour le cas de croup, fut de 28,5 %, au lieu de 50 %; pour les autres cas, elle fut de 16,6 %.

Par comparaison, 12 autres cas furent traités par la solution plus faible « immunisatrice » d'Arohnson, à la dose de 20 centimètres cubes; il y eut une mortalité de 25 %. En fait d'accidents, on n'observe que deux ou trois rashes.

M. N. W.

Crises de spasme pharyngé chez les tabétiques, par J. COURMONT-
(*Rev. de médecine*, n° 9. p. 801, 10 septembre 1894).

Les crises de spasme laryngé chez les tabétiques ont été bien

décrites, en raison de leur fréquence. Par suite, les auteurs sont à peu près muets sur les spasmes tabétiques des muscles du pharynx. La science ne renferme qu'un très petit nombre de ces cas. L'observation que publie C. est un fait typique à ce point de vue.

Il s'agit d'un tabétique, dont le début de la maladie remonte à 1870 et qui présente actuellement les signes complets de l'ataxie : Douleurs fulgurantes, douleurs en ceinture avec constriction thoracique, signe de Westphal, etc. Jamais rien au larynx ; mais, depuis quelque temps, picotements au niveau du pharynx. Lors d'un premier séjour, en septembre 1893, à l'hôpital, il est considérablement soulagé par des séances journalières de deux minutes de suspension avec l'appareil de Sayre. Il rentre le 22 octobre à l'hôpital. « Son aspect est effrayant. Pâle, couvert de sueur, les traits profondément altérés, dénotant une vive frayeur, ... le « malade fait comprendre que, depuis trois jours, il n'a pu avaler « aucun aliment solide ni liquide, à cause d'un spasme très douloureux de la gorge qui se produit quelquefois spontanément, en « tout cas à coup sûr au moindre contact. L'aspect du malade est « en somme des plus alarmants : le pouls semble imperceptible, « les extrémités froides. La mort est imminente... Au moindre contact de la muqueuse de la bouche ou du voile du palais par un « corps quelconque, les muscles du pharynx entrent en contraction « intense, une goutte d'eau que le malade essaie d'avaler, entraîne instantanément la production de ce spasme, qui est « horriblement douloureux. Pendant la crise le patient est « terrifié... il se couvre de sueur, s'agite, se démène, pousse des « cris rauques ; son angoisse est indescriptible ».

Ces accès de spasme se reproduisent un grand nombre de fois dans la journée. Le larynx n'y prend aucune part. Une sonde introduite dans l'estomac indique qu'il n'y a de spasme ni de l'estomac ni de l'œsophage.

Le malade est soumis à une séance de suspension de une minute et demie ; aussitôt après il peut avaler sans provoquer le spasme ; donc la guérison est immédiate et dès lors définitive.

Il n'y a chez ce malade aucun stigmate d'hystérie.

Trois observations analogues existent seulement dans la littérature. Jean et Lizé ont chacun publié un cas de spasme tonique du pharynx, mais accompagnés de crises laryngées qui amenèrent la mort. Oppenheim a rapporté un fait, différent des précédents, en ce que les contractions du pharynx étaient non plus toniques mais cloniques.

M. L.

Deux sarcomes de la paroi postérieure du pharynx, par P. V. FÉLIX. (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, n° 8, p. 255, août 1894).

Description de deux cas de sarcome de la paroi postérieure du pharynx. A s'en tenir à la littérature médicale, ces faits sont rares. Les deux cas présentèrent cette particularité que la tumeur était pédiculée et que le pédicule s'insérait exactement vis-à-vis de l'entrée du larynx sur la paroi pharyngée, de telle sorte que, par suite de son voisinage avec le larynx, les tumeurs produisirent des troubles du fonctionnement de cet organe. Histologiquement, les deux tumeurs, observées chez des sujets déjà âgés (59 ans, 73 ans) étaient des sarcomes à cellules fusiformes.

Les deux tumeurs furent considérées comme s'étant développées primitivement sur la paroi postérieure du larynx; en aucun autre point de l'organisme on ne trouva de lésion pouvant être considérée comme primitive. Les néoplasmes déterminèrent peu de troubles subjectifs, alors que l'on aurait pu penser à priori que des tumeurs siégeant à l'entrée de l'œsophage eussent dû déterminer une gêne marquée au passage des aliments; une des tumeurs observées très grosse et ayant exercé une notable traction sur la paroi postérieure par un pédicule, avait en effet provoqué d'assez notables troubles dysphagiques. Assez peu marqués étaient chez ce malade les troubles respiratoires. La tumeur recouvrait cependant complètement la glotte et affleurait de si près les parois du larynx, que le passage de l'air semblait devoir être très difficile et, cependant, le malade ne se plaignait pas de gêne respiratoire.

La sensibilité du larynx était chez ce malade très éteinte (examen laryngoscopique et digital); il faut aussi admettre un lent développement de la tumeur, qui s'est effectué dans le sens où il y avait le moins de résistance.

PAUL TISSIER.

Lymphadénite rétro-pharyngée, par CASSELBERRY (de Chicago). (*Arch. of pediatrics*, p. 950, décembre 1894).

Enfant de 4 mois, pris de troubles respiratoires dans la convalescence d'une amygdalite folliculaire aiguë; pendant 15 jours, la dyspnée va augmentant, il survient des suffocations et de la cyanose et l'enfant ne respire plus que dans une certaine attitude; la voix reste normale. Le doigt arrive à sentir une tumeur dure qui vient de la paroi postérieure du pharynx et descend

jusqu'à presser sur l'entrée du larynx ; plusieurs ponctions n'amènent aucun liquide, il n'y a pas de fluctuation : on pratique la trachéotomie et la tumeur rétrocede graduellement, de sorte que la canule est retirée au bout de 15 jours et l'enfant guérit (*Journ. amer. med. assoc.*, 1894, p. 496). M. N. W.

Sur la phase de régression ou de guérison spontanée des tumeurs pharyngées et naso-pharyngées, par D'AGUANNO. (*Bollet. delle malat. dell' orecch.*, etc., 1894, n° 10).

La diminution de volume ou même la disparition spontanée, phénomène noté dans l'histoire des tumeurs, en général, peut aussi se produire dans les néoplasmes du pharynx ou de l'espace naso-pharyngien. Cette phase régressive est susceptible de se montrer, non seulement dans les tumeurs bénignes, en particulier dans les végétations adénoïdes où elle est, pour ainsi dire, de règle, mais encore dans les néoplasmes malins et surtout dans ceux qui sont riches en vaisseaux, qu'ils soient d'origine conjonctive ou d'origine épithéliale. La régression est due le plus souvent à des altérations vasculaires (lésions des parois, thrombose, etc.). D'A. rapporte deux cas de tumeurs pharyngées où l'on observe nettement une phase régressive, définitive dans l'un, temporaire dans l'autre. M. BOULAY.

Du doigt dans le diagnostic et traitement des végétations adénoïdes, par GUILLAUME. (*Revue de laryngologie*, 15 novembre 1894).

Le doigt sert à établir un diagnostic positif au point de vue opératoire, excellent contre les végétations discrètes, contre indiqué dans les formes volumineuses ou dures.

Agir par écrasement avec la pulpe du doigt et non avec l'ongle ; antisepsie méticuleuse.

Le procédé n'est ni brutal ni aveugle ; peu douloureux ; peu ou pas sanglant ; à la portée de tous. H. RIPAUT.

Sur les relations de l'incontinence nocturne d'urine et les végétations adénoïdes, par A. C. GRONBECH. (*Archiv. für Laryng. und Rhinol.* Bd. II, Hft. 2, p. 244, 1894).

Signalé (G. W. Major, Ziem, Bloch) depuis longtemps plutôt que démontré, le rapport qui existe entre les végétations adénoïdes et l'incontinence nocturne d'urine a été spécialement

étudié par G. Les cas connus de guérison à la suite de l'opération des adénoïdes sont encore peu nombreux : Körner, 2 cas (1891) ; Schmaltz, 1 cas (1892) ; mais la relation entre le syndrome urinaire et les végétations a pu être, en 1892, considérée comme non établie par Sokolowski.

Ayant observé, en 1892, 4 cas de guérison d'incontinence nocturne, à la suite de l'opération des végétations adénoïdes, G. en 1893 étudia à ce point de vue tous les cas de végétation.

Sur un total de 192 cas, il releva 24 fois de l'incontinence nocturne d'urine (quelquefois aussi diurne,) et 2 fois les malades en avaient souffert antérieurement, ce qui donna une proportion de 13 %.

Sur 23 malades opérés, 12 qui avaient depuis plusieurs années de l'incontinence le plus souvent nocturne et diurne à la fois furent définitivement guéris de suite ou peu de temps après l'opération. Cinq furent très améliorés, l'incontinence ne revenant plus qu'à très longs intervalles ; chez deux l'amélioration fut seulement légère ; trois fois il n'y eut aucun résultat ; un malade ne fut suivi que 9 jours (sans incontinence).

Sur 7 malades non opérés, 5 restèrent en l'état au point de vue pharyngien et urinaire, 2 virent l'incontinence spontanément disparaître, par suite du rétablissement certain dans un cas, probable dans l'autre, de la respiration nasale.

La fréquence relative de l'incontinence chez les adénoïdiens est telle qu'on ne saurait admettre une coïncidence ; il ne faut pas attribuer la guérison au choc opératoire, mais au rétablissement de la respiration nasale, puisque, lorsque celle-ci redevient impossible, l'incontinence disparaît, pour cesser avec l'obstruction nasale.

Il faut sans doute admettre une prédisposition, car la plupart des adénoïdiens restent indemnes d'incontinence et, par contre, celle-ci se retrouve parfois chez plusieurs frères ou sœurs.

On a attribué l'incontinence à l'accumulation de CO^2 dans le sang par suite de l'obstruction nasale.

Il faut donc, en présence d'un malade atteint d'incontinence nocturne d'urine, penser d'abord à une gêne de la respiration nasale et plus particulièrement aux végétations adénoïdes, qui sont la cause la plus fréquente de l'obstruction du nez chez l'enfant.

Opérations de végétations adénoïdes, par C. ZIEM. (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, n° 10, p. 336, novembre 1894).

Z. préfère l'extirpation par la voie nasale ; il se sert d'anses métalliques ; il emploie comme tube double conducteur des tubes malléables analogues à ceux employés pour l'anse galvanique. Avec le doigt introduit dans le rétro-pharynx, il place l'anse et recommande l'arrachement de préférence à la section.

PAUL TISSIER.

Traitement des polypes naso-pharyngiens, par VERNEUIL. (Société de chirurgie. Séance du 12 décembre 1894).

L'orateur est partisan des méthodes lentes dans 95 % des cas. Il a renoncé, depuis 1870, à la cure dite radicale par la résection des maxillaires supérieurs ; elle expose inutilement le malade au danger d'hémorrhagies très graves, car elle ne met pas à l'abri des récidives. Il préfère, au double point de vue de la facilité et de la bénignité, suivre la voie nasale après section préalable de la voûte palatine et enlever la tumeur à l'aide de l'écraseur linéaire ou du thermocautère. Il laisse ensuite la brèche palatine ouverte pour surveiller les récidives et les prévenir par la cautérisation à l'aide de l'acide chromique qui, dans le cas particulier, est le meilleur caustique à employer.

QUENU suit la voie palatine pour les tumeurs bénignes, les polypes fibreux purs, qui sont, du reste, les plus communs ; mais, en présence des polypes sarcomateux, il préfère réséquer le maxillaire supérieur. Après l'ablation, il pratique la restauration immédiate de la voûte et du voile du palais : il évite ainsi le nasonnement et tous les autres mouvements très sérieux qui résultent de cette division.

M. I.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ANGLETERRE

Pharynx et Varia.

F. Semon. Spasme fonctionnel des muscles de la joue (*Laryng. soc. of London*, 8 novembre 1893; in *Journ. of lar. rhin. and otol.*, mars 1894).

Scanes Spicer. Sténose du pharynx accompagnée de lésions du palais, résultant d'ulcérations et d'adhérences chez un syphilitique, (*Laryng. soc. of London*, 13 décembre 1893; in *Journ. of lar. rhin. and otol.*, mars 1894).

C. A. Parker. Calcul du voile du palais (*Laryng. soc. of London*, 13 décembre 1893; in *Journ. of lar. rhin. and otol.*, mars 1894).

L. A. Larwence. Hypertrophie des piliers postérieurs du pharynx (*Bull. de la soc. lar. de Londres*, 10 janvier 1894).

Scanes Spicer. Papillômes de la luvette (*Bull. de la soc. lar. de Londres*, 10 janvier 1894).

Watson Williams. Epithélioma du voile du palais et du pharynx (*Bull. de la soc. lar. de Londres*, 10 janvier 1894).

F. Semon. Ulcération pharyngienne obscure dans un cas de tuberculose laryngée et pulmonaire arrêtée (*Bull. de la soc. lar. de Londres*, 14 février 1894).

Byrom Bramwell. Observation d'un cas de psoriasis traité par l'extrait thyroïdien (*Brit. med. journ.*, 24 mars 1894).

Wethered. Diagnostic de la diphtérie par les cultures bactériologiques (*Med. soc. of London*, 19 mars; in *Brit. med. journ.*, 24 mars 1894).

H. T. Butlin. Leçon sur une série de 46 cas d'extirpation de la moitié ou de toute la langue, avec un cas de mort (*Brit. med. journ.*, 14 avril 1894).

Byron Bramwell. Leçon sur deux cas de lupus traités par l'extrait thyroïdien (*Brit. med. journ.*, 14 avril 1894).

L. Dobson. Récidive de la diphtérie (*Brit. med. journ.*, 21 avril 1894).

S. W. Wheaton. Certaines affections des muqueuses et leurs relations avec la diphtérie (*Epidem. soc.*, 21 mars; in *Brit. med. journ.*, 21 avril 1894).

A. T. Sloan. Répartition géographique du goltre (*Edinburgh med. journ.*, mai 1894).

J. Walker Downie. Manuel clinique pour l'étude des maladies de la gorge (*J. Maclehose and sons, Glasgow* 1894).

N. Davies-Colley. Opération pour le traitement de la fente de la voûte palatine et du voile du palais (Royal med. and chir. soc., 24 avril; in *Brit. med. journ.*, 25 avril et 5 mai 1894).

T. F. Chavasse. Gastrostomie pour cancer de l'œsophage (Midland med. soc., 18 avril; in *Brit. med. journ.*, 28 avril 1894).

G. Heaton. Nœvus diffus de la langue (Midland med. soc., 18 avril; in *Brit. med. journ.*, 28 avril 1894).

H. C. Cameron. Expérience d'un médecin sur la diphtérie, l'entérite, la scarlatine et la pneumonie (Glasgow med. chir. soc., 16 février; in *Glasgow med. journ.*, mai 1894).

Auson. Traitement du crétinisme par l'extrait thyroïdien (*Lancet*, 28 avril 1894).

Newton Pitt, Goodall, Sidney Martin. Diphtérie (Hunterian soc., 25 avril; in *Brit. med. journ.*, 5 mai 1894).

St-Clair, B. Shadwell, Washbourn, Hingston Fox, Glover Lyon, F. J. Smith, Thorp, W. Carr, H. J. Sequerra, A. Davies, Newton Pitt et Goodall. (Hunterian soc., 9 mai; in *Brit. med. journ.*, 26 mai 1894).

M^r Ardle et Myles. Blessure perforante du pharynx (Royal acad. of med. of Ireland, 16 mars; in *Brit. med. journ.*, 26 mai 1894).

Telford Smith. Cas de crétinisme sporadique traité par la glande thyroïde (*Brit. med. journ.*, 2 juin 1894).

T. C. Railton. Crétinisme sporadique traité par la glande thyroïde (*Brit. med. journ.*, 2 juin 1894).

Wherry. Thyroïdectomie partielle et trachéotomie pour goltre (Cambridge med. soc., 4 mai; in *Brit. med. journ.*, 2 juin 1894).

R. Lake. Extraction du lobe thyroïde droit dans la maladie de Graves (Comptes rendus de la soc. de lar. de Londres, séance du 9 mai 1894).

F. Semon. I. Lupus pharyngo-laryngé. — II. Suite d'un cas douteux d'ulcération du pharynx dans un cas de tuberculose laryngopulmonaire arrêtée (Comptes rendus de la soc. lar. de Londres, 9 mai 1894).

Bond. Epithélioma des glandes cervicales (Comptes rendus de la soc. lar. de Londres, 9 mai 1894).

A. Berrill. Notes sur un cas de rétrécissement cancéreux de l'œsophage traité par l'intubation (*Lancet*, 9 juin 1894).

E. N. Nason. Myxœdème traité par l'extrait thyroïdien (Birmingham and Midland Counties branch of the Brit. med. ass., 27 avril; in *Brit. med. journ.*, 23 juin 1894).

W. Watson. Prophylaxie et traitement de la diphtérie, avec observations se rapportant spécialement à l'ablation des amygdales (*Glasgow med. journ.*, juillet 1894).

A. G. Auld. Effet de l'extrait thyroïdien dans le goltre exophtalmique et le psoriasis (*Brit. med. journ.*, 7 juillet 1894).

J. D. Mengies. Quelques observations récentes de syphilis « maligne » indienne, traitée par l'extrait thyroïdien (*Brit. med. journ.*, 7 juillet 1894).

F. G. Harvey. Pharmacopée de l'hôpital pour les maladies de la gorge à Golden Square (5^e édition, J. et A. Churchill, Londres 1894).

T. Eastes. Diphtérie guérie par l'antitoxine (*Brit. med. journ.*, 21 juillet 1894).

G. F. Still. Diphtérie traitée par l'antitoxine (*Brit. med. journ.*, 28 juillet 1894).

Francis. Deux cas de lymphangiome de la langue ; notes sur la macroglossie (St-Barthol. Hosp. Rep. XXIX, p. 143).

W. Dale James. Glycosurie provoquée par l'extrait thyroïdien (*Brit. journ. derm.*, juin 1894).

A. Napier. Sept cas de myxœdème traités par l'alimentation thyroïdienne (*Glasgow med. journ.*, août 1894).

A. Johnston. Quinze cas de diphtérie avec remarques (Thèse de doctorat, Glasgow, 1894).

Finlayson. Crétinisme sporadique chez un malade âgé de 5 ans ; amélioration par le traitement thyroïdien (Glasgow path. and clin. soc., 9 avril ; in *Glasgow med. journ.*, août 1894).

Clarke. Papillôme de la langue (Glasgow path. and clin. soc., 14 mai ; in *Glasgow med. journ.*, août 1894).

Mitton. Addition aux procédés actuels de suture des fissures larges du palais (*Lancet*, 14 juillet 1894).

L. C. Bruce. Effets du traitement thyroïdien dans certaines formes d'aliénation (Thèse d'Edimbourg, août 1894).

G. Wade. La glande thyroïde : ses relations avec le myxœdème et son traitement (Thèse d'Edimbourg, août 1894).

D. Wield. Amygdalite folliculaire aiguë (Thèse d'Edimbourg, août 1894).

R. Norris Wolfenden. Nature de l'amygdalite dite folliculaire et ses rapports avec les accidents infectieux (*Journ. of lar. rhin. and otol.*, août 1894).

R. B. Kelly. Nouvel amygdalotome (*Journ. of lar. rhin. and otol.*, août 1894).

J. Carmichael. Discussion sur le traitement des complications de la coqueluche (*Brit. med. journ.*, 25 août 1894).

AMÉRIQUE

Oreille

J. Bissel. Son comme agent thérapeutique de la surdité. (*Journ. of opht. otol. and lar.*, avril 1893).

H. C. Houghton. Discussion du mémoire de Bissel. (*Journ. of opht. otol. and lar.*, avril 1893).

H. Knapp. Affection cérébrale otitique ; variétés, diagnostic, pronostic et traitement. Observations. (*Arch. of otol.* Vol. XXII, n^o 2, avril 1893).

B. A. Randall. Tentative de restauration d'un pavillon arraché chez un enfant. (*Arch. of otol.* Vol. XXII, n° 2, avril 1893).

E. B. Dench. Un cas d'épithélioma du pavillon. (*Arch. of otol.* Vol. XXII, n° 2, avril 1893).

J. Kerr Love. Le pouvoir auditif chez les sourds-muets ; résultats de l'examen de 175 enfants sourds-muets. (*Arch. of otol.* Vol. XXII, n° 2, avril 1893).

R. Barclay. La meilleure courbe des manches d'instruments destinés aux opérations profondes du conduit auditif. (*Arch. of otol.* Vol. XXII, n° 2, avril 1893).

J. L. Adams. Un cas de thrombose du sinus latéral. (*Arch. of otol.* Vol. XXII, n° 2, avril 1893).

O. Koerner. Propagation des affections tympaniques à la cavité cérébrale à travers le canal carotidien. (*Arch. of otol.* Vol. XXII, n° 2, avril 1893).

C. J. Blake. Extraction de l'étrier. (*Arch. of otol.* Vol. XXII, n° 2 et 3, avril et juillet 1893).

E. Schwartz. Un cas d'otite moyenne aiguë purulente accompagnée de carie de l'apophyse mastoïde due à la carie de la seconde molaire. (*Arch. of otol.* Vol. XXII, n° 2, avril 1893).

V. Uchermann. Conditions anatomiques observées dans un cas de surdi-mutité consécutif à la scarlatine. (*Arch. of otol.* Vol. XXII, n° 2, avril 1893).

G. Gradenigo. Signes cliniques des affections du nerf auditif. (*Arch. of otol.* Vol. XXII, n° 2, avril 1893).

F. Bezold. Quelques nouvelles recherches sur la série de sons continus, surtout dans la limite physiologique des sons supérieurs et inférieurs. Vol. XXII, n° 2, avril 1893).

Barclay. Obstruction de l'oreille par des excroissances osseuses ; leur extraction ; traitement ; otorrhée et surdité ; trois cas ; description des opérations et des instruments. (*Med. news*, 22 avril 1893).

C. H. Burnett. Myringectomie partielle et extraction de l'enclume et de l'étrier dans des cas d'otite moyenne catarrhale chronique. (*Med. news*, 13 mai 1893).

W. H. Bates. Un cas de surdité chronique causée par des végétations adénoïdes du naso-pharynx. (*N. Y. med. journ.*, 27 mai 1893).

A. H. Tuttle. Anatomie chirurgicale et chirurgie de l'oreille contenant 28 dessins originaux reproduits d'après nature par l'auteur, G. S. Davis, Détroit, 1893).

Schneider. Influence des affections de l'oreille sur le développement mental et physique de l'enfant. (*Med. news*, 8 avril 1893).

F. L. Jack. Remarques sur deux cas d'excision de l'étrier. (*Boston med. and surg. journ.*, 13 avril 1893).

Melville Black. Extraction de la caisse du tympan et des osselets dans des affections de l'oreille moyenne. (*Med. news*, 15 avril 1893).

J. Simroch. Le diapason comme remède dans les affections de l'oreille. (*N. Y. med. journ.*, 10 juin 1893).

A. Rupp. Contribution à la pathologie de la strangulation. Un cas dans lequel le conduit auditif externe fut atteint. (*N. Y. med. rec.*, 17 juin 1893).

G. W. Caldwell. Eclairage par transparence des cellules mastoïdiennes comme moyen de diagnostic des mastoïdites internes supprimées. (*N. Y. med. journ.*, 15 juillet 1893).

J. H. Vadakin. Surdité partielle, avec tintement, d'origine rhumatismale. (*N. Y. med. journ.*, 15 juillet 1893).

S. Mac Cuen Smith. Série de cas dans lesquels on obtient de bons résultats de l'excision de la membrane du tympan et des osselets. (*Therap. gazette*, 15 juillet 1893).

Elliot. Affections mastoïdiennes; communication sur un cas d'abcès mastoïdien. (*Virginia med. Monthly*, mai 1893).

J. E. Sheppard. Trois cas d'ouverture involontaire du sinus latéral. (*Arch. of otol.* Vol. XXII, n  3, juillet 1893).

H. Mygind. Courte description des temporaux de sourds-muets appartenant au musée pathologique de l'Université de Copenhague, (*Arch. of otol.* Vol. XXII, n  3, juillet 1893).

A. H. Cheatle. Hypertrophie de la membrane tympanique chez un enfant. (*Arch. of otol.* Vol. XXII, n  3, juillet 1893).

Kerr Love. Pathologie de la surdité mutité. (*Arch. of otol.* Vol. XXII, n  3, juillet 1893).

J. Orne Green. I. Série de cas de néoplasmes de l'oreille. — II. Ostéome mastoïdien. (*Arch. of otol.* Vol. XXII, n  3, juillet 1893).

A. H. Brick. Violents effets contre-irritants de l'opération mastoïdienne usuelle. (*N. Y. med. rec.*, 29 juillet 1893).

L. Howe. Anatomie comparée des osselets. (*Amer. otol. soc. new. London*, 18 juin; in *N. Y. med. rec.*, 29 juillet 1893).

H. Knapp. I. Carie étendue et nécrose du temporal chez un enfant. Ouverture de la masto ide. Mort par épuisement et hémorrhagie. — II. Un cas d'otite moyenne chronique suppurée, avec complications cérébrales et pulmonaires graves. Ouverture de la masto ide et blessure du sinus latéral. Guérison complète. (*Amer. otol. soc. new. London*, 18 juin; in *N. Y. med. rec.*, 29 juillet 1893).

T. Y. Sutphen. Autopsies de deux cas d'affections compliquées de l'oreille moyenne. (*Amer. otol. soc. new. London*, 18 juin; in *N. Y. med. rec.*, 29 juillet 1893).

E. Gruening. Thrombose mortelle du sinus latéral, avec autopsie. (*Amer. otol. soc. new. London*, 18 juin; in *N. Y. med. rec.*, 29 juillet 1893).

C. J. Blake. I. Statistique de la section otologique du Massachusetts Eye and Ear Infirmary. — II. Stapedectomie et autres opérations sur l'oreille moyenne. (*Amer. otol. soc. new. London*, 18 juin; in *N. Y. med. rec.*, 29 juillet 1893).

F. L. Jack. Observations sur l'ablation de l'étrier. (*Amer. otol. soc. new. London*, 18 juin; in *N. Y. med. rec.*, 29 juillet 1893).

C. H. Burnett. Traitement chirurgical du vertige de Ménière. (*Amer. otol. soc. new. London*, 18 juin; in *N. Y. med. rec.*, 29 juillet 1893).

R. Barclay. Difficulté des opérations profondes du conduit auditif. (*Amer. otol. soc. New. London*, 18 juin; in *N. Y. med. rec.*, 29 juillet et *Med. news*, 30 septembre 1893).

S. Theobald. Réflexe auriculaire d'un caractère inusité d  à un bouchon de c rum n. (*Amer. otol. soc. new. London*, 18 juin; in *N. Y. med. rec.*, 29 juillet 1893).

B. A. Randall. Statistique des maladies de l'oreille. (Amer. otol. soc. new. London, 18 juin ; in *N. Y. med. rec.*, 29 juillet 1893).

H. P. Bellows. Quelques récents progrès en otologie. (*Journ. of opht. otol. and lar.*, juillet 1893).

H. C. Houghton. Affection de l'oreille moyenne due à la grippe. (*Journ. of opht. otol. and lar.*, juillet 1893).

H. F. Garey. Efficacité du vibromètre dans l'application du massage vibratoire aux affections de l'oreille. (*Journ. of opht. otol. and lar.*, juillet 1893).

W. R. King. Discussion du mémoire de H. F. Garey, sur l'emploi du vibromètre dans le traitement de la surdité (*Journ. of opht. otol. and lar.*, juillet 1893).

C. A. Bucklin. Prophylaxie de la surdité. (*N. Y. med. rec.*, 12 août 1893).

Hal Foster. Surdité produite par les oreillons. (*N. Y. med. rec.*, 26 août 1893).

G. Milton Linthicum. Un cas de syphilis du conduit auditif. (*N. Y. med. rec.*, 19 août 1893).

A. H. Smith. Ecoulement de l'oreille moyenne arrêté temporairement par l'extraction des végétations adénoïdes du pharynx. (*N. Y. med. rec.*, 19 août 1893).

C. S. Rodman. Eclat de granit log   dans le conduit auditif et la cavité tympanique. (*N. Y. med. rec.*, 30 septembre 1893).

M. Toeplitz. Contribution clinique à l'étude de la syphilis auriculaire. (*N. Y. med. journ.*, 7 octobre 1893).

L. H. Mettler. Vertige auriculaire (maladie de Ménière). (*Journ. of amer. med. ass.*, 7 octobre 1893).

Conners. Corps étranger dans l'oreille pendant 39 ans. (*Med. news*, 26 août 1893).

W. P. Cones. Mensurations mastoïdiennes. (*Boston med. and surg. journ.*, 21 septembre 1893).

C. M. Hobby. Prophylaxie de la surdi-mutité. (Sect. of otol. Pan Amer. med. Congress, Washington, septembre 1893).

J. A. Maloney. Traitement oto-acoustique ; son histoire et ses résultats chez le sourd et le sourd-muet. (Sect. of otol. Pan Amer. med. Congress, Washington, septembre 1893).

M. Thorner. Accidents consécutifs au percement du lobule de l'oreille. (Sect. of otol. Pan Amer. med. Congress, Washington, septembre 1893 et *Journ. of the amer. med. assoc.*, 27 janvier 1894).

A. Politzer. Affection particulière de la capsule labyrinthique comme cause fréquente de surdité. (Sect. of otol. Pan Amer. med. Congress, Washington, septembre 1893).

F. Cohn. Application de la méthode de Stacke au catarrhe chronique de l'oreille. (Sect. of otol. Pan. Amer. med. Congress, Washington, septembre 1893).

L. D. Brose. Ouverture des cellules mastoïdiennes dans les inflammations aiguës de l'oreille moyenne. (Sect. of otol. Pan Amer. med. Congress, Washington, septembre 1893).

A. H. Tuttle. Pronostic et traitement chirurgical des affections chroniques de l'oreille moyenne. (Sect. of otol. Pan Amer. med. Congress, Washington, septembre 1893).

S. S. Bishop. Indications des meilleures méthodes d'opérations mastoïdiennes. (Sect. of otol. Pan Amer. med. Congress, Washington, septembre 1893).

J. Elliot. Phonographe dans le traitement de la surdité. (Sect. of otol. Pan Amer. med. Congress, Washington, septembre 1893).

L. Turnbull. I. Etat actuel de l'otologie en Europe. — II. Opération de l'excision des osselets dans les affections chroniques suppurées ou non suppurées (scléroses progressives ou proliférantes) de l'oreille moyenne. Observations. (Sect. of otol. Pan Amer. med. Congress, Washington, septembre 1893).

E. D. Spear. Description et présentation d'un cornet acoustique. (Sect. of otol. Pan Amer. med. Congress, Washington, septembre 1893).

E. Dean. Instruments pour l'application du courant galvanique à l'orifice de la trompe d'Eustache. (Sect. of otol. Pan Amer. med. Congress, Washington, septembre 1893).

R. D. Barret. Insufflateur perfectionné pour l'oreille moyenne. (Sect. of otol. Pan Amer. med. Congress, Washington, septembre 1893).

M. D. Lederman. Affections de l'oreille provoquées par des végétations adénoïdes. (Sect. of otol. Pan Amer. med. Congress, Washington, septembre 1893).

A. Randall. Mensurations crâniométriques de 500 crânes en relation avec l'anatomie topographique de l'oreille. (Sect. of otol. Pan Amer. med. Congress, Washington, septembre 1893).

W. P. Spratling. Inflammation des voies aériennes supérieures et des oreilles, causée par l'inhalation de poudre persane. (*N. Y. med. rec.*, 4 novembre 1893).

W. H. Bates. Surdité traumatique. (*N. Y. med. journ.*, 11 novembre 1893).

C. R. Holmes. Opération de Stacke pour la carie de l'oreille moyenne, modifiée et pratiquée par le Prof. H. Schwartze avec une esquisse historique, le mode opératoire et douze observations consécutives. (*Arch. of otol.* Vol. XXII, n  4, octobre 1893).

H. Daas. Contribution à l'anthropologie de l'oreille chez les criminels. (*Arch. of otol.* Vol. XXII, n  4, octobre 1893).

W. Vulpius. Un cas singulier de mastoïdite dite de Bezold. (*Arch. of otol.* Vol. XXII, n  4, octobre 1893).

F. Bezold. Un cas d'extraction de l'étrier. (*Arch. of otol.* Vol. XXII, n  4, octobre 1893).

C. J. Blake. Extraction de l'étrier. (*Arch. of otol.* Vol. XXII, n  4, octobre 1893).

Ad. Barth et A. Hartmann. Rapport sur les progrès de l'otologie pendant la seconde moitié de l'année 1892. (*Arch. of otol.* Vol. XXII, n  4, octobre 1893).

NOUVELLES

Ordre du jour de la séance du 14 mars 1895 de la *Société viennoise de laryngologie*.

Prolapsus du ventricule du larynx, par CHIARI. — Syphilis nasale et méningite purulente, par STÖRK. — Deux cas de guérison de tuberculose laryngée, par HAJEK.

Notre savant confrère, le Prof. B. FRÄNKEL, de Berlin, vient d'être nommé conseiller médical intime (Geheimen Medicinalrath).

La *Société allemande d'otologie* tiendra sa réunion annuelle les 1^{er} et 2 juin, à Iéna.

Le 63^e congrès annuel de la *British medical association* se réunira à Londres les 30 et 31 juillet, 1^{er} et 2 août 1895. La Section de Laryngologie sera présidée par F. SEMON; *Vice-présidents*: Sir Philip Smyly, F. de Havilland Hall; Scanes Spicer; W. McNeill Whistler, Greville Mac Donald, A. W. Sandford.

Les sujets proposés pour les discussions sont:

31 juillet. — Etiologie des polypes muqueux du nez.

Rapporteurs : Prof. GUYE (Amsterdam); Dr LUC (Paris); Dr McBRIDE (Edimbourg).

1^{er} août. — Nature infectieuse de l'amygdalite lacunaire.

Rapporteurs : Prof. B. FRÄNKEL (Berlin); Dr J. MACINTYRE (Glasgow).

2 août. — Indications pour le traitement radical précoce des affections malignes du larynx.

Rapporteurs : Dr BRAYSON DELAVAN (New-York); H. T. BUTLIN (Londres).

Secrétaires de la Section : J. MIDDLEMASS HUNT, 55, Rodney Street, Liverpool; St CLAIR THOMSON, 28, Queen Anne Street, Londres; W. E. B. WAGGOTT, 66, Park Street, Londres, W.

Une *Société autrichienne d'Otologie* s'est constituée à Vienne le 18 février dernier. Cette assemblée, qui comprendra des membres actifs, correspondants et honoraires; se réunira tous les mois et une fois par an en séance générale.

Le bureau est ainsi composé : *Président* : Prof. GRUBER; *Vice-président* : Prof. POLITZER; *trésorier* : Prof. URBANTSCHITSCH; *secrétaires* : Drs POLLAK et HRUBESCH.

Le Dr Comparé vient d'être autorisé à faire un cours de Larin-gologie, Otologie et Rhinologie à la Faculté de Médecine de Madrid.

La *Société médicale des Trois Etats d'Iowa, Illinois et Missouri* s'est réunie à Saint-Louis, les 2, 3, et 4 avril 1895. Nous citerons parmi les communications annoncées :

Influence de la malaria en rhinologie et en laryngologie, par J. R. ASH (Brighton, Ill.); Mucocèle des sinus frontaux, par W. E. GUTHRIE (Bloomington-Ill.); Quelques formes d'opérations mas-

toldiennes, par R. C. Heflebower (Cincinnati); Etude clinique sur l'extrait thyroïdien, par E. Walker (Evansville, Ind.); Traitement des otites moyennes suppurées chroniques, par M. F. Wegmann (Saint-Joseph, Ill.)

Nous lisons dans l'*Archiv f. Ohrenheilkunde* que le Dr F. Trautmann, de Berlin, chef du service otologique de la Charité, a reçu, au mois de janvier dernier, le titre de conseiller médical intime (Geheimer Medicinalrath).

Le XVII^e Congrès annuel de l'*Association laryngologique américaine* aura lieu à Rochester les 17, 18 et 19 juin 1895.

A une séance du Conseil le 4 février 1895; les candidats dont les noms suivent ont été nommés membres actifs :

J. E. BOYLAN, de Cincinnati, Ohio, présenté par les Drs Trasher et Daly. Thèse: Herpès chronique du pharynx.

F. E. HOPKINS, de New-York, présenté par les Drs Asch et C. H. Knight. Thèse: Œdème du larynx, avec une observation.

TH. HUBBARD, Toledo, Ohio, présenté par les Drs Delavan et Wright. Thèse: Etude sur dix cas d'œdème laryngé et sous glottique.

J. E. H. NICHOLS, de New-York, présenté par les Drs Simpson et Newcomb. Thèse: Les causes intranasales du mal de tête.

En 1894, le Dr J. Macintyre, président de l'*Association britannique laryngologique et rhinologique*, invita l'*Association laryngologique américaine* à venir à Londres prendre part aux travaux de l'*Association britannique*; l'invitation fut acceptée. On vient de décider que la société anglaise convertirait sa réunion annuelle de juillet en une session spéciale de l'*Association* qui se réunira dans la dernière semaine de juillet et à laquelle les membres de l'*Association américaine* et de nombreux laryngologistes distingués du continent seront priés de prendre part.

Les sujets ci-après désignés ont été choisis pour la discussion générale :

1. Thérapeutique de la diphthérie et en particulier le traitement antitoxique.

2. Affections des cavités accessoires du nez.

3. Traitement chirurgical de la phthisie laryngée.

4. Traitement de la sténose laryngée.

Les discussions occuperont deux journées; le président, Dr WHISTLER, donnera une réception (*conversazione*); un dîner sera offert par la Société; et le trésorier, Dr NORRIS WOLFENDEN, organisera une garden party à sa maison de campagne près de Dorking.

Le *Journal of laryngology, rhinology and otology* espère que les otologistes anglais se rendront en nombre au Congrès de Florence, car il a été décidé d'inviter le VII^e Congrès otologique à se réunir à Londres.

Le XI^e Congrès International d'Hygiène et de Démographie se tiendra à Madrid du 11 au 18 avril 1897 sous le patronage du roi Alphonse XIII et de la Reine Régente.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diatase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALLIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PROSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 28 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÉRER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUSES THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

SOLUTION ET COMPRIMÉS BLANCARD. (Exalgine). Contre la douleur et principalement la dysphagie tuberculeuse.

(Voir la brochure du Dr Désiré).

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Calcul de l'amygdale gauche, par R. BOTEY (Tirage à part des *Arch. intern. de rhin. lar. y otol.*, février 1895).

Les tumeurs syphilitiques du nez, par L. FRANK (Dissertation inaugurale, Strasbourg, 1894).

Compte rendu et considérations sur le service du croup et de l'angine diphthéritique en 1894, par C. CORRADI (Extrait du Supplément du *Poli-clinico*, n° 12, 1895).

L'expectoration se produit-elle plus facilement avec la trachéotomie qu'avec l'intubation? par C. CORRADI (Extrait du supplément du *Poli-clinico*, n° 15, 1895).

Sténoses trachéales provoquées artificiellement, par O. FRANKENBERGER (Rozprawy Ceske Akad. Cisare Frantiska Josefa. etc. 1894).

Hypertrophie rétro-nasale en relation avec la fièvre des foins et d'autres maladies, par W. H. WEAVER (Extrait du *Journ. of the amer. med. ass.* 9 février 1895).

Affections rhumatismales et alliées du pharynx, du larynx et du nez, par W. FREUDENTHAL (Extrait du *N. Y. med. record*, 16 février 1895).

De l'ablation des amygdales hypertrophiées avec l'anse électrothermique, par CANARY (Broch. de 81 pages, Imprimerie du Midi, Bordeaux, 1895).

Comptes rendus du XVI^e Congrès de la Société de laryngologie américaine tenu à Washington les 30 et 31 mai et le 1^{er} juin 1894 (Un vol. de 180 pages, cartonné à l'anglaise, D. Appleton and Co éditeurs, New-York, 1894).

Encore à propos des affections nasales dans les maladies infectieuses, surtout dans la diphthérie, par C. ZIEM (Tirage à part de la *Munch. Med. Woch.* n° 8, 1895).

Sur l'opération des végétations adénoïdes, par C. ZIEM (Tirage à part du *Monatschr. f. Ohrenheilk.*, n° 11, 1894).

Le Gérant : G. MASSON.

